

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931 - N° 42

LES FORMES DE DÉBUT DU DÉLIRE AIGU PRIMITIF

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 19 Décembre 1930

PAR

René-Gabriel-Marie BEAUCHESNE

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
INTERNE DES HOPITAUX.

Né à Paris (Seine) le 16 Mars 1908

Examinateurs de la Thèse	{	MM. ABADIE, professeur	Président.
		DUPÉRIÉ, professeur	Juges.
		PERRENS, agrégé	
		MURATET, agrégé	

PARIS

Gabriel BEAUCHESNE

ÉDITEUR

117, Rue de Rennes

1930

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931 - N° 42

LES FORMES DE DÉBUT DU DÉLIRE AIGU PRIMITIF

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 19 Décembre 1930

PAR

René-Gabriel-Marie BEAUCHESNE

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

INTERNE DES HOPITAUX.

Né à Paris (Seine) le 16 Mars 1908

Examineurs de la Thèse	{	MM. ABADIE, professeur	<i>Président.</i>
		DUPÉRIÉ, professeur	<i>Juges.</i>
		PERRENS, agrégé	
		MURATET, agrégé	

PARIS

Gabriel BEAUCHESNE

ÉDITEUR

117, Rue de Rennes

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS, *doyen*.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	N...	Médecine expérimentale ...	MAURIAC
Clinique chirurgicale	CASSAËT	Clinique ophtalmologique ..	TEULIÈRES
Pathologie et thérapeutique générales ...	CHAVANNAZ	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER
Clinique d'accouchements..	BÉGOUIN	Clinique gynécologique	GUYOT
Anatomie pathologique et microscopie clinique	CARLES	Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET
Anatomie	ANDÉRODIAS	Chimie biologique et médicale	DELAUNAY
Anatomie générale et histologie	SABRAZÈS	Physique médicale et pharmaceutique ...	SIGALAS
Physiologie	VILLEMEN	Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Hygiène	G. DUBREUIL	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	PETGES
Médecine légale et déontologie	PACHON	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	AUCHÉ	Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE
Chimie	LANDE	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Botanique et matière médicale	RÉCHOU	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT
Pharmacie	CHELLE	Hydrologie thérapeutique et Climatologie	SELLIER
Zoologie et parasitologie ...	BEILLE		
	DUPOUY		
	MANDOUL		

MM. MICHELEAU, LEURET, DUPERIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie ..	DUBECQ	Chirurgie générale	PAPIN
Histologie	DUFOUR		JEANNENEY
Anatomie pathologique	LACOSTE		CHARRIER
Parasitologie et sciences naturelles ...	MURATET		LOUBAT
	R. SIGALAS	Obstétrique	PERY
	CREYX		N...
Médecine générale	AUBERTIN	Ophtalmologie	BEAUVIEUX
	DAMADE	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA
	PIÉCHAUD	Pharmacie	GOLSE
Maladies mentales	DELMAS-MARSALET	Chimie générale pharmacie et toxicologie..	VITTE
	PERRENS		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ	Puériculture	FAUGÈRE
Médecine opératoire	PAPIN	Démonstrations et préparations pharmaceut..	N...
Accouchements	N...	Chimie chimique	GOLSE
Ophtalmologie	CABANNES	Zoologie et parasitologie ...	R. SIGALAS
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....			N...
Cours complémentaire annexe. - Prothèse et rééducation professionnelle ..			GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE

DE MA MÈRE

ET A

MON PÈRE.

*en témoignage de profonde affection et de la reconnaissance que
je leur dois pour avoir contribué à ma formation intellectuelle
et morale, par leur enseignement et leur exemple.*

A MES PARENTS.

A MES MAÎTRES
DU
COLLÈGE SAINT-LOUIS DE GONZAGUE.

*En témoignage de mon affection
reconnaissante.*

A MES CAMARADES DE L'ÉCOLE DE SANTÉ NAVALE
ET DE L'INTERNAT.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX.

Stage :

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD (1926)
MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET (1926)
MONSIEUR LE PROFESSEUR CARLES (1927)
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHARRIER (1927).

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DAMADE,
remplaçant le professeur LE DANTEC (1928)
MONSIEUR LE DOCTEUR CHARBONNEL (1928).

Internat

MONSIEUR LE PROFESSEUR ABADIE (1929)
MONSIEUR LE PROFESSEUR CASSAET (1930)
MONSIEUR LE PROFESSEUR VERGER (1930).

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BRUGÈRE.

*Ancien Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes Coloniales;
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de Guerre,
Officier d'Académie.*

Nous vous avons tous aimé pour votre
bienveillance et votre paternelle bonté.

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN.

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes Coloniales;
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de Guerre,
Officier de l'Instruction publique,
Membre correspondant
de la Société médicale des Hôpitaux de Paris.*

A M. LE MÉDECIN EN CHEF DE 2^e CLASSE MIRGUET.

*Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes Coloniales;
Officier de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie.*

A MM. LES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE SANTÉ NAVAIE.

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN ABADIE.

*Professeur de clinique des maladies nerveuses et mentales
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de Guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

J'ai trouvé en vous, Monsieur le Professeur, non seulement un neurologiste et un psychiâtre, mais avant tout un médecin. Vous vous êtes efforcé d'inculquer à votre jeune interne l'admirable discipline de votre esprit si clair; je vous en remercie en toute sincérité. Vous êtes le maître auquel on s'attache dès qu'on commence à le connaître et que l'on veut prendre pour modèle.

LES FORMES DE DÉBUT

DU DÉLIRE AIGU PRIMITIF

INTRODUCTION

« Il meurt chaque année, dans les maisons de fous, peu de temps après l'invasion du délire, un certain nombre de sujets dont l'état maladif paraît général et bien difficile à caractériser. »

Cette phrase, que l'on peut mettre en préambule d'une étude sur le délire aigu, a été écrite par Calmeil, un des premiers auteurs qui aient donné une description clinique de cette affection. Elle montre que, depuis longtemps, le délire aigu a été considéré comme une maladie générale, avec symptômes psychiques au premier plan. Si ce délire aigu, par la partie la plus marquante de sa sémiologie, rentre dans le domaine de la psychiâtrie, sa thérapeutique appartient à la pathologie générale, au même titre que la pneumonie, la dothiënenterie, le paludisme, accompagnés de troubles mentaux. Il n'est pas une maladie de l'esprit, mais une affection qui intéresse l'organisme tout entier, et retentit plus spécialement sur les centres nerveux supérieurs. En résumé, il relève de la psychiâtrie de clientèle ou d'hôpital, et non pas de la psychiâtrie d'asile.

Non traité, le délire aigu tue dans 80 à 90 % des cas, et dans une leçon clinique faite en 1880, Ball résumait ainsi le pronostic de cette maladie qu'il avait particulièrement

étudiée : « La guérison, dit-on, se rencontre dans un certain nombre de cas. » Au contraire, quand la maladie est soumise à un traitement convenable, la mortalité se trouve réduite aux environs de 40 %. Mais il faut pour cela une thérapeutique précoce et extrêmement énergique ; c'est là un point sur lequel ont insisté tous les auteurs modernes qui se sont occupés du délire aigu ; dans les publications de Porot, de Damaye, dans la thèse de Mme Giorgi-Eragne, on trouve cet axiome ou son équivalent : « Il faut frapper vite et fort pour gagner de vitesse avec une infection à marche très rapide. » C'est un fait d'observation clinique que le traitement de cette affection doit être précoce. Pour ma part, je n'ai jamais vu guérir, je n'ai jamais eu sous les yeux une observation avec terminaison favorable, lorsque le malade était amené à une période avancée de son état morbide, lorsque la fièvre était déjà élevée.

Il s'agit donc de dépister précocement le malade atteint de délire aigu ; ce n'est pas toujours chose aisée, car le début du mal est insidieux et polymorphe, ne rappelant presque jamais la description classique de la période d'état. Les troubles mentaux initiaux sont d'apparence banale, comme l'écrivaient Thulié, Briand, Ball, et plus récemment Mme Giorgi-Eragne, et ne font pas songer à l'apparition prochaine de cette psychose toxi-infectieuse, schématiquement caractérisée dans l'esprit du clinicien par une confusion mentale hyperthermique, accompagnée d'une agitation des plus intenses que l'on connaisse.

Les auteurs anciens ont donné de cette période, qu'ils ont appelée prodromique, des descriptions sommaires ; ils attendaient, sans la prévoir, l'apparition de la grande agitation fébrile pour porter le diagnostic. Préoccupé par le dépistage précoce, j'ai essayé de rechercher les signes les plus caractéristiques du début, et il m'a paru que ces symptômes composant la période prodromique pouvaient se grouper pour simuler des syndromes mentaux aujourd'hui admis. J'ai utilisé pour cela les observations recueillies

pendant les dix dernières années dans la clinique des maladies nerveuses et mentales du professeur Abadie. Je n'ai pas la prétention de poser les bases définitives d'un diagnostic différentiel certain du délire aigu incipiens, pendant cette phase prodromique, mais j'ai voulu seulement montrer que le caractère particulier de certains troubles mentaux devait faire redouter l'apparition prochaine des grands accidents fébriles, et entraînait comme conséquence la nécessité de commencer une thérapeutique adéquate.

CHAPITRE PREMIER

Les conditions d'apparition du délire aigu.

Le délire aigu est actuellement classé parmi les psychoses toxi-infectieuses. Il est l'expression la plus dramatique, saisissante et raccourcie de celles-ci. Il traduit cliniquement la réaction de l'encéphale atteint par un processus infectieux ou toxique très violent. Mais quelle que soit la nature de ce processus, le cerveau peut réagir de la même façon. Le délire aigu n'est donc pas une entité morbide spécifique relevant toujours de la même étiologie, mais un syndrome.

Il en résulte que ce « syndrome délire aigu », que Régis appelait confusion mentale pseudo-méningitique, peut apparaître dans des conditions très différentes.

Dans un premier groupe de faits, on le voit survenir au cours de l'évolution d'une psychose quelconque. Il termine alors la vie d'un maniaque, d'un mélancolique, d'un paralytique général ou surtout d'un confus déjà malade depuis longtemps. C'est à ce groupe que Porot a donné le nom de « délire aiguisé ».

La deuxième catégorie est celle des délires aigus dits secondaires. Ce n'est dans ce cas que la détermination secondaire au niveau de l'écorce cérébrale d'une maladie infectieuse qui fait sa preuve ailleurs; il peut apparaître soit au début de l'infection comme l'avait noté Régis, soit en période d'état ou de défervescence; c'est le délire métainfectieux de Porot.

Dans une troisième série d'observations, on voit ce syndrome réalisé par une infection neurotrope spécifique. C'est le délire aigu de l'encéphalite épidémique, du paludisme, de la rage, etc. C'est aussi le délirium tremens de l'alcoolisme, que, dans une série d'articles récents, Damaye considère comme identique au délire aigu banal, sauf l'adjonction de signes relevant directement de l'imprégnation alcoolique.

Enfin, il reste une quatrième classe, celle où le syndrome délire aigu évolue isolément : pas de psychose antérieure sur laquelle il vienne se greffer immédiatement, pas de foyer infectieux viscéral préexistant ou coexistant, pas d'infection neurotrope. C'est à ce dernier groupe qu'on a donné depuis longtemps le nom de délire primitif. Il vaudrait mieux dire « en apparence primitif », car une toxi-infection minime peut échapper à l'anamnèse; on a, en effet, cité des cas secondaires à un coryza, à une sinusite légère, à un embarras gastrique. De plus, il ne faut pas oublier le rôle important, sur lequel a insisté Klippel, de l'insuffisance hépatique préexistante ou méconnue.

Je ne m'occuperai que des délires aigus en apparence primitifs, ceux qui paraissent frapper un individu en bonne santé physique et morale. Leur sémiologie de début est plus intéressante, moins raccourcie, et c'est elle qui égare plus facilement le praticien. Dans les formes secondaires, l'attention est attirée ailleurs, et l'on sait avoir à traiter un pneumonique, un typhique délirant, si l'on a examiné soigneusement son malade.

CHAPITRE II

Sémiologie de la période de début du délire aigu primitif.

§ 1. — *Les troubles psychiques.*

L'apparition des grands accidents du délire aigu est précédée par une courte période de troubles mentaux très variables dans leur forme et leur intensité. D'une façon générale, ceux-ci ne rappellent pas les symptômes de la période d'état, mais simulent plutôt une psychose quelconque en voie de constitution.

Au XI^e Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française, tenu à Limoges en 1901, où le délire aigu faisait l'objet du rapport de psychiatrie, on a fort peu parlé de la période prodromique du délire aigu. Les rapporteurs, A. et G. Carrier et Martin, de Lyon, ont écrit, sans plus de commentaires : « Le plus souvent, le début de la maladie est précédé d'une période prodromique plus ou moins longue, pendant laquelle on observe déjà des phénomènes somatiques (céphalalgie, malaises, constipation, embarras gastrique, amaigrissement), et psychiques (hallucinations, irritation, inquiétude, agitation). » Au cours de la discussion, Arnaud, Roubinovitch, montrèrent que le début pouvait revêtir l'aspect d'un syndrome d'aspect systématisé.

Ce sont les cliniciens du milieu du XIX^e siècle qui ont donné dans leurs publications le plus grand nombre de dé-

tails sur la période prodromique. La symptomatologie que décrivent Ball, Chambard, Baillarger, Briand, Thulié, peut se résumer ainsi :

Tout à fait au début, on observe une période « de perturbation morale ». Le travail intellectuel devient pénible, les malades ressentent un besoin impérieux de repos, ils s'isolent pour se laisser aller au courant des idées désordonnées qui tourbillonnent dans leur pénible rêverie. Ils sont indifférents à leur entourage, immobiles ou agités, mais rappelés de temps en temps à la réalité. Ils négligent les besoins de leur corps, les soins d'hygiène et de propreté et leur alimentation. Le champ de leur conscience est obscurci par une sorte de brouillard dont le sujet s'étonne; on a l'impression que ces malades soutiennent une lutte intérieure, qu'ils sentent leur état particulier, leurs idées étranges. Ils sont préoccupés et anxieux. Krafft-Ebing avait depuis longtemps signalé la fréquence du pressentiment d'une grave affection cérébrale. A ces troubles psychiques s'ajoutent des troubles somatiques : céphalalgie vive, perte de l'appétit, amaigrissement, constipation opiniâtre, insomnie, albuminurie, accélération du pouls. Thulié insistait sur l'insidiosité de ce début et, dans sa thèse de 1865 sur le délire aigu, on trouve cette phrase : « Malgré le début en apparence brutal, on reste convaincu que des symptômes se sont manifestés depuis longtemps sans attirer l'attention de l'entourage qui appelait, du nom de bizarrerie ou d'originalité, des signes d'une affection si grave, en mettant sur le compte des affaires, des chagrins, d'une cause plus légère encore, ces tristes étrangetés qui sont trop souvent les précurseurs d'une affection à marche rapide, d'une mort prochaine. »

Entre cette période « de perturbation morale » et la période d'état, Ball en intercalait une autre, celle de l'apparition des idées délirantes. Pour cet auteur, celles-ci sont d'abord nocturnes, conditionnées par des hallucinations terrifiantes. Puis le souvenir des hallucinations préoccupe

les malades pendant le jour; ils y voient de funestes présages. Leurs inquiétudes au sujet de leur santé prennent le caractère d'idées fixes. Les craintes et l'étonnement de l'entourage sont pris pour de l'animosité, d'où l'apparition d'idées délirantes de persécution. L'état saburral des voies digestives avec les sensations de mauvais goût, donne naissance à des idées d'empoisonnement. Enfin, les malades luttent contre le trouble intellectuel qu'ils sentent les envahir; souvent ils sont encore capables de remplir leurs fonctions sociales, mais ils deviennent irritables, tracassiers, hargneux. Chez eux, ils sont tantôt immobiles et méditatifs, tantôt agités et anxieux. Peu de temps après l'apparition des idées délirantes, éclate la grande agitation, accompagnée d'hyperthermie.

Je n'ai pas la prétention d'ajouter d'autres signes à ceux décrits par ces auteurs du siècle dernier. Leurs descriptions sont très riches, trop peut-être même, car on ne rencontre jamais l'ensemble de tous ces symptômes, alors que, suivant les malades, tels ou tels d'entre eux passent au premier plan. En compulsant les observations que j'ai eues à ma disposition, il m'a semblé qu'on pouvait individualiser certaines modalités de début, et faire pour la période prodromique l'analogie de ce que Schüle a fait pour la période d'état. C'est en effet à cet auteur qu'on doit la division clinique en formes maniaques, formes mélancoliques et formes mixtes du délire aigu.

De plus, à lire ces descriptions anciennes, on a l'impression que ces troubles mentaux étaient considérés comme banaux, sans caractère particulier, et qu'ils n'avaient qu'un intérêt minime pour le diagnostic. Il leur manque en effet un lien pour les associer entre eux, pour leur donner toute leur valeur.

A la lecture des observations, il m'a paru au contraire que tous ces troubles mentaux, d'aspect banal, relevaient d'une confusion mentale sous-jacente, et que la recherche de cette confusion mentale, jointe à un ensemble de troubles

somatiques, aidait d'une façon appréciable à porter un diagnostic précoce.

La confusion mentale au début du délire aigu.

L'existence de cette confusion mentale, substratum des troubles mentaux observés au début du délire aigu en apparence primitif, n'est pas surprenante. On admet aujourd'hui que le cortex cérébral réagit devant la toxi-infection d'une façon spéciale, univoque, que cette toxi-infection soit d'origine exogène ou endogène. Legrain, dès la fin du siècle dernier, écrivait : « Le syndrome cérébral toxique est un. » Et la réaction de ce cerveau lésé par l'infection ou imprégné de toxique, c'est la confusion mentale. On a bien décrit des modalités spéciales de cette réaction, et la toxi-infection se traduit alors, soit par de l'excitation motrice souvent violente, soit par de la dépression avec idées mélancoliques, soit par de l'anxiété avec tendance aux fugues. Mais à ce propos, Logre fait remarquer « qu'un bon observateur peut cependant retenir, le plus souvent, certains traits de confusion ébauchée : désarroi mental, allure désordonnée des réactions, peur d'un danger présent avec tendance à la fugue éperdue, anxiété qui, même à défaut de confusion et d'onirisme, rappelle un peu la terreur du cauchemar, prédominance nocturne de l'agitation, amnésie consécutive totale ou partielle, enfin presque toujours quelques éléments discrets et passagers, mais hautement significatifs d'obtusion et de délire de rêve (ralentissement idéatif, visions fugaces, etc...). » La toxi-infection du cortex cérébral se traduit donc toujours par une confusion mentale, soit évidente d'emblée, soit discrète et réduite à un état d'obtusion.

Or, le délire aigu est une psychose toxi-infectieuse et il réalise à sa période d'état un syndrome de confusion progressive. Damaye a bien cité quelques cas, qu'il tient d'ailleurs pour fort rares, où le délirant aigu conservait à la pé-

riode d'état une lucidité parfaite, sans amnésie de fixation. Il s'agit peut-être là de malades dont l'agitation, la fuite des idées, l'impossibilité de fixer l'attention, rendaient l'observation psychique particulièrement malaisée. Quelques troubles légers de la série confusionnelle, quelque minime déficit mnésique, ont pu ainsi passer inaperçus. Pour ma part, sur les 139 délires aigus, primitifs ou secondaires, passés dans le service de clinique des maladies nerveuses et mentales de la Faculté de Bordeaux, depuis 1920, je n'ai pas trouvé une seule observation où soit mentionnée la lucidité du malade à la période d'état.

Si donc le délire aigu réalise, dans la quasi-unanimité des faits, le syndrome de la confusion mentale toxi-infectieuse, à sa période d'état, avec un caractère de progressivité croissante, il est logique d'admettre que les troubles mentaux de la période prodromique comportent eux aussi une part de confusion mentale. On ne voit pas pourquoi l'infection, qui dès le début provoque une légère altération de la santé générale, ne serait pas responsable des troubles mentaux initiaux; on doit donc, dans les symptômes psychiques, retrouver le cachet de la confusion mentale, comme on aperçoit celui de l'infection dans les troubles somatiques. Et, de fait, l'observation clinique permet de retrouver la confusion mentale dès la période prodromique. Ball disait que, tout au début, « le champ de la conscience est envahi par une sorte de brouillard dont le sujet s'étonne ». Dans aucune autre publication, je n'ai pu retrouver cette affirmation, et un but de ce travail est de la démontrer grâce aux faits cliniques. Je veux montrer quelle physionomie particulière la confusion mentale imprime à ces troubles mentaux en apparence vulgaires, et que cette physionomie particulière, jointe à d'autres troubles d'ordre physique, permet, sinon de porter le diagnostic de délire aigu incipiens, mais tout au moins de redouter l'apparition prochaine des grands accidents infectieux.

Tout d'abord, pour expliquer les syndromes que réalise

le délire aigu au début, je crois nécessaire de rappeler les caractères essentiels de la confusion mentale.

En premier lieu, elle obscurcit le champ de la conscience, diminue et rend floues les perceptions, d'où amnésie consécutive; elle diminue aussi le sens critique, rendant possibles des erreurs de jugement; elle trouble la coordination des idées et des actes; elle diminue notablement l'affectivité.

En second lieu, elle libère l'activité subconsciente donnant naissance à l'onirisme. Le schéma discuté du polygone inventé par Grasset fait comprendre l'intensité de cette activité, qui n'est plus freinée par l'activité du centre O maintenant obnubilé, centre de l'activité psychique supérieure.

Or, la prédisposition, « qui vient compliquer l'appareil symptomatique de la cérébrotoxie, en lui imprimant un cachet en quelque sorte personnel » (Legrain) et surtout l'intensité du processus confusionnel, font que cette confusion mentale touche plus ou moins, tout en restant globale, de préférence telle ou telle des manifestations de l'esprit. Chez l'un, la confusion se traduira seulement par un état d'obtusion, avec ralentissement idéatif; chez l'autre, le sens critique sera touché plus électivement; un troisième aura la coordination des idées plus particulièrement perturbée; un autre sera obnubilé plus profondément avec libération de l'activité subconsciente.

Lorsque le processus toxi-infectieux du délire aigu atteint plus spécialement les fonctions de perception et de coordination des idées, on observe une forme de début où la confusion est d'emblée évidente.

Lorsqu'il touche d'abord le sens critique, et avec plus d'intensité que les autres fonctions psychiques, on voit apparaître des troubles du jugement permettant la naissance d'idées délirantes. C'est la phase prodromique à type paranoïaque avec délire d'aspect systématisé, dont Roubinovitch signalait la possibilité en 1901; ces idées délirantes pseudo-systématisées sont à distinguer nettement du délire onirique.

Lorsque leur contenu est triste, avec attente d'un malheur imminent, elles engendrent un état dépressif secondaire, de pseudo-mélancolie anxieuse. C'est le début à forme mélancolique.

Quand la confusion agit surtout en libérant l'activité subconsciente, on se trouve en présence de deux autres formes de début : libération de l'activité sensorielle, c'est le début à forme hallucinatoire; libération de l'activité psychomotrice, c'est le début à forme pseudo-maniaque.

Les caractères de la confusion mentale initiale.

D'une façon générale, on peut dire que la confusion mentale suit une marche parallèle à celle de la toxi-infection naissante. Cette dernière est d'abord minime, puis va en croissant progressivement; chaque jour, elle paraît, comme dans la plupart des états infectieux, être plus marquée le soir que le matin.

La confusion mentale est dans les premiers jours extrêmement légère, bien que s'installant subitement comme l'infection. Il ne faut pas s'attendre à la voir provoquer dès le début des troubles mentaux profonds et bruyants. C'est là une règle générale, mais qui souffre des exceptions; lorsque l'on voit d'emblée des troubles psychiques importants, il est probable qu'alors il y a eu un certain temps de latence entre le début de l'infection et la réaction du cortex cérébral à celle-ci. Les centres nerveux ont d'abord résisté, puis ont été vaincus, quand la valeur quantitative ou qualitative de la toxi-infection est devenue trop grande.

Le second caractère de cette confusion mentale est d'être intermittente. Dans certains cas, ce caractère est très net, comme on le voit par exemple dans les observations IV et XI. Les intervalles lucides paraissent quelquefois plus longs que les périodes confusionnelles. D'autres fois, c'est l'inverse : confusion presque constante, intervalles lucides très

courts. Le caractère intermittent du trouble fondamental ne paraît expliquer la conservation d'une certaine activité sociale. La plupart des malades ne sont obligés de quitter leurs fonctions que quelques jours avant l'apparition de la période d'état. Par ailleurs, au cours des intervalles lucides, le malade a l'impression qu'il sort d'une période d'obnubilation anormale, d'où le sentiment d'une maladie mentale qui commence : « Je sens que je deviens fou », disent beaucoup de ces malades. Les intervalles lucides se font plus rares vers la fin de la journée; la confusion mentale intermittente est à prédominance vespérale et nocturne, ce qui explique l'insomnie fréquente au cours de cette phase prodromique.

En troisième lieu, cette confusion mentale est d'intensité croissante. On voit, à mesure que la maladie suit son cours, les intervalles lucides diminuer de fréquence et de longueur. On voit aussi la confusion mentale augmenter en intensité. Si, dans les premiers jours, elle avait seulement perturbé le sens critique par exemple, avec formation d'idées délirantes, progressivement le malade devient incohérent, puis ses perceptions sont erronées et, en dernier lieu, quelques jours avant la période d'état, apparaissent les hallucinations et l'onirisme. Ce caractère d'intensité croissante est presque constant, et on le saisit bien lorsque l'entourage a su donner des renseignements intelligents et précis sur le début de la maladie. Il est particulièrement net dans les observations I, IV et VIII.

Ces trois caractères, intensité minime, allure croissante, intermittence, donnent à la phase prodromique du délire aigu un caractère très insidieux. Si les anamnétiques sont complets, on note rarement un début brutal du délire aigu. Du reste, la plupart du temps, ces malades arrivent à l'hôpital deux ou trois jours avant l'apparition de la grande agitation hyperthermique. Dès leur entrée, l'examen psychiatrique met en évidence l'existence d'un fond confusionnel, quelquefois difficile à rechercher, et plus ou moins masqué

par des troubles mentaux divers, idées délirantes ou bien état dépressif.

Les formes cliniques du délire aigu au début.

J'ai dit que les troubles mentaux initiaux se groupaient pour réaliser des syndromes d'aspect différent, simulant plus ou moins telle ou telle psychose. Cependant, la cause commune de ces troubles psychiques, la confusion mentale, prête souvent à chaque syndrome quelques éléments d'un autre syndrome de début. On ne peut classer ces derniers qu'en tenant compte du groupe de signes qui domine la scène. La meilleure façon de concevoir ces formes cliniques est de se mettre à la place du clinicien, à qui l'on vient raconter l'histoire de la maladie. Avant d'avoir examiné le sujet, il a l'impression que cette histoire est celle d'une confusion mentale, d'un début de délire systématisé, d'une psychose hallucinatoire, d'un accès de mélancolie anxieuse, ou bien d'un accès maniaque.

Début pour une confusion mentale manifestement évidente.

Il est difficile de donner de cette forme une description clinique nettement individualisée, car elle évolue rarement à l'état de pureté complète. Des symptômes de la série dépressive, quelques hallucinations, quelques idées délirantes s'y joignent assez souvent. Mais c'est la forme où l'on risque le moins de poser un diagnostic erroné, la confusion mentale éveillant aussitôt l'idée de toxi-infection sous-jacente.

Les troubles de la coordination des idées et ceux de la perception dominant la scène :

L'incoordination des idées exprimées se manifeste de plusieurs façons. Quelquefois, mais très rarement, le malade émet des phrases sans aucune construction grammaticale, en véritable salade de mots. C'est dans des cas de ce

genre qu'on a pu parler d'aphasie confusionnelle. D'autres fois, les phrases, correctement construites, n'ont aucun sens : un malade disait avoir essayé de « voler un sac à main pour essayer sa force pour le mariage » (observation V); un autre « veut toucher la main d'une religieuse et d'un soldat noir pour avoir du bonheur ». En général, la famille retient ces propos, qui la frappent par leur incohérence. Plus souvent, l'incoordination des idées se manifeste par le défaut de suite logique entre les phrases successives; ce qui distingue alors ce langage des propos du maniaque, c'est la moindre abondance du discours et le fait qu'on ne trouve pas d'association par assonance, similitude, contraste, etc... La famille les raconte en disant : Il parlait de choses et d'autres sans rapport entre elles. Le plus souvent encore, l'incoordination des idées se traduit par des propos déplacés que l'entourage qualifie de « bizarres ». Ils peuvent avoir une apparence logique, mais sont inadéquats aux circonstances habituelles. C'est ainsi qu'un domestique, servant un plat, disait à la maîtresse de maison : « Vous êtes perdue, vous allez mourir. » (observation II); une autre arrêta des passants et leur racontait « qu'elle voulait venger son père, qu'on allait la tuer ». Une femme exigeait de son mari des actes bizarres comme se mettre à genoux, aller tout de suite voir une parente éloignée. D'autres malades paraissent instables : ils manifestent vivement le désir de se rendre à tel endroit, et dès leur arrivée ils veulent repartir aussitôt. Enfin, lorsque l'incoordination des idées est légère, on n'observe souvent que des troubles de l'activité professionnelle; les oublis d'objets de travail, la difficulté du calcul mental, les erreurs dans les comptes paraissent assez fréquents (observations I et VIII).

Le désordre des idées entraîne généralement un certain désordre des actes. Ceux-ci étonnent l'entourage, soit par leur absurdité, soit plus souvent parce qu'ils sont peu ou pas conformes à la situation présente. Tel malade brisait

des objets sans motif, une autre jetait ses clefs au feu, une autre les envoyait dans le puits. Une autre courait en rond sur la margelle d'un puits; deux autres ramassaient des objets hétéroclites pour les cacher dans leur lit. Une femme, de sa fenêtre, bénissait les passants; une domestique servait la salade dans le panier destiné à la laver. Plus fréquemment, le désordre de la pensée se traduit par des actes d'apparence logique, mais inaccoutumés : une malade fit à plusieurs reprises des générosités à son curé, alors que ce n'était ni dans ses habitudes ni dans ses moyens. Une autre se confesse plusieurs fois dans la semaine, alors que d'ordinaire elle était une pratiquante très tiède. Il est à remarquer que ces actes absurdes, comme le bris des objets, leur jet dans le feu ou le puits, la récolte des détrituts, les bénédictions, prennent assez souvent un caractère de répétition; ils paraissent devenir automatiques. D'autres fois, on assiste à un recommencement d'actes, provoqué plutôt par déficit mnésique que par désordre de la pensée.

A côté des troubles de la coordination des idées, on observe, dans cette forme à début manifestement confusionnel, des troubles de la perception. Mais ceux-ci sont habituellement moins marqués que ceux-là, surtout dans les premiers jours. A leur arrivée à l'hôpital, c'est-à-dire dans les derniers jours de la phase prodromique, il n'est pas rare de voir ces malades prendre le médecin ou l'infirmier pour tel personnage de la police ou de la justice. Le plus souvent, ces troubles de la perception se réduisent à des illusions sensorielles et à des fausses reconnaissances. Presque toujours, le malade croit à l'hostilité de ces personnages imaginaires. L'un d'eux croyait avoir été suivi par un gendarme pendant une promenade à bicyclette. Nombreux sont ceux qui reconnaissent dans les passants ou les visiteurs un de leurs persécuteurs ou un assassin, et se livrent sur eux à des violences. On voit que ces illusions se rapprochent beaucoup des visions oniriques, par leur ca-

ractère souvent terrifiant, et par les réactions qu'elles provoquent. Il est la plupart du temps difficile de les distinguer des hallucinations dans le récit qu'en donne l'entourage. Mais, de toute façon, c'est un symptôme tardif de cette forme de début.

Il en est de même de la désorientation. A leur entrée à l'hôpital, ces malades savent en général qu'ils sont dans un service hospitalier. Ils en reconnaissent le cadre; mais ils sont désorientés dans le temps, ignorent souvent le mois, le quantième et le jour. L'orientation dans le temps est une opération plus intellectuelle que l'identification du cadre, qui relève davantage de la perception. Or, celle-ci est moins précocement et moins profondément troublée que la coordination des idées.

Dans les observations que j'ai eues à ma disposition, l'existence de fugues n'est relatée que deux fois. Une des deux malades passant au cours de sa fugue, à une heure fort tardive, devant l'asile d'aliénés où elle avait déjà fait un séjour, et le reconnaissant, voulait s'y faire interner. L'autre, partie sans but à bicyclette, s'était perdue dans des chemins pourtant bien connus d'elle, et avait passé la nuit à errer.

On observe aussi fréquemment, dans les derniers jours de la période prodromique, un négativisme franc ou un simple oppositionnisme. Beaucoup de ces malades refusent énergiquement de se laisser examiner.

Début à forme pseudo-paranoïaque.

Dans cette forme, la confusion mentale trouble le sens critique en premier lieu et d'une façon élective. L'idée délirante peut alors se développer, grâce aux troubles du jugement, par un mécanisme analogue à celui que l'on observe au cours des démences ou de la débilité mentale. Du reste, cette forme de début ressemble quelquefois à s'y méprendre à une démence paranoïde incipiens.

Ce début d'aspect paranoïaque est relativement rare, bien qu'au contraire les idées délirantes soient fréquentes à la phase prodromique du délire aigu. Certaines relèvent d'un délire onirique nettement caractérisé; d'autres, plus souvent rencontrées, s'accompagnent d'anxiété et de signes de la série dépressive, de telle sorte qu'on ne pense nullement à un délire systématisé quelconque, mais à une mélancolie anxieuse. Cet ensemble réalise une autre forme, pseudo-mélancolique, dont je parlerai plus loin.

Si la forme pseudo-paranoïaque est rare, elle n'en est pas moins d'un diagnostic délicat; ce n'est que par un examen psychique systématique que l'on trouvera quelques signes, comme un léger degré de désorientation et d'obnubilation, comme des illusions et même des hallucinations du type confusionnel, et que l'on pourra éliminer une psychose systématisée. Cependant, on peut trouver, dans les caractères eux-mêmes des idées délirantes, des éléments de diagnostic.

C'est d'abord leur apparition brusque et leur rapide développement. Le malade ne traverse pas une période d'élaboration, de doute, avant l'organisation de son délire comme dans la psychose systématisée chronique; l'idée délirante ne prend pas corps lentement, s'enrichissant chaque jour grâce à de nouvelles interprétations. Au début du délire aigu, elle apparaît au contraire constituée d'emblée. En second lieu, leur multiplicité et leur polymorphisme attirent l'attention. Tel le malade de l'observation V, qui affirme d'emblée qu'une vieille femme a voulu le violer, l'empoisonner, le voler, lui jeter un mauvais sort : cette abondance n'est pas le fait d'un interpréteur. En outre, ces idées délirantes sont en général absurdes, tout au moins niaises : une malade croyait qu'on voulait l'empoisonner avec du lait sucré; le jeune homme cité plus haut était persuadé qu'une dame de 70 ans voulait abuser de lui. Un dernier caractère de ces idées délirantes est leur inconsistance; elles n'ont pas la solide armature de celles qui font

le délire systématisé chronique. Le délirant aigu délire comme le paralytique général. Il n'explique que très rarement les faits à la base de son délire. Si on lui demande pourquoi il croit telle ou telle chose, sa réponse reste vague : « Vous voyez bien que c'est comme ça », « pour ci, pour ça », comme se contentait de dire le malade de l'observation VIII. Le délirant aigu paraît relativement peu interpréteur; son jugement est troublé d'une façon plus quantitative que qualitative; il n'est pas faux, mais plus ou moins déficient. L'idée délirante ne paraît pas conditionnée par l'interprétation du monde extérieur; si celui-ci intervient, c'est qu'il provoque chez le malade une représentation mentale qui est aussitôt acceptée comme une réalité par un sens critique diminué. Ce dernier caractère des idées délirantes les rapproche du délire onirique, dont elles n'ont cependant pas ni la richesse ni la base hallucinatoire. Dans ce dernier, le délire est la réponse à des images sensorielles fictives, tandis que, dans la confusion mentale simple, l'idée délirante répond à une représentation psychique erronée.

Quant à leur thème, il est en général pauvre, en vertu de l'axiome qui dit que « l'on ne délire qu'avec ce que l'on a ». L'obnubilation confusionnelle enlève à la pensée de ces malades son activité antérieure, et rend leur fond mental comparable à celui d'un dément. Presque toujours, le contenu de l'idée délirante est dirigé contre les intérêts du sujet. La plupart de ces malades énoncent des idées de persécution, de préjudice ou de malveillance. Le persécuteur est rarement défini : ce sont les voisins, les passants, tout le monde. Il faut remarquer la particulière fréquence des idées de persécution par empoisonnement; Ball leur attribuait comme origine l'état saburral des voies digestives avec le mauvais goût dans la bouche, et, comme conséquence, le refus d'alimentation.

D'autres fois, on observe des idées hypocondriaques, de dysfonctionnement ou de négation d'organes. Il paraît au

contraire très rare de rencontrer des idées délirantes de richesse et de grandeur, des idées mystiques ou érotiques. Dans les observations où je les ai relevées, elles m'ont semblé se rattacher à un délire onirique.

J'estime que ces différents caractères des idées délirantes, brusque éclosion, rapide développement, niaiserie ou absurdité, multiplicité, inconsistance, doivent donner l'éveil et faire rechercher d'autres signes de confusion mentale. Ceux-ci sont variables, en espèce et en nombre, avec chaque malade; ce sont des actes que l'entourage qualifie de « bizarres », une légère incohérence des propos, des erreurs de mémoire, ou tout au moins une certaine difficulté d'évocation des souvenirs. C'est surtout le redoublement vespéral des troubles mentaux, l'insomnie avec agitation légère, et tout un cortège de signes physiques.

Début à forme pseudo-mélancolique.

Un grand nombre de délires aigus, au début de leur phase prodromique, peuvent être pris, même après examen attentif, pour des accès mélancoliques francs. L'erreur de diagnostic est faite souvent, et beaucoup de ces malades arrivent dans un service de psychiâtrie avec un certificat du médecin traitant concluant à un état de mélancolie.

Ce début présente deux aspects, l'un rare, qui simule la mélancolie simple, l'autre, très fréquent, qui ressemble à la mélancolie anxieuse. Mais, dans les deux cas, on note toujours la présence d'idées délirantes. La fréquence du début rappelant la mélancolie anxieuse est telle, que les auteurs anciens faisaient de l'anxiété un signe quasiment constant de la phase prodromique du délire aigu.

Au point de vue de sa pathogénie, cette forme pseudo-mélancolique peut être interprétée de deux façons. On sait que les infections et les intoxications peuvent provoquer dans quelques cas, en dehors d'une confusion mentale plus

ou moins franche, des états de dépression comme des états maniaques évoluant avec un minimum de signes de la série confusionnelle. On peut donc se demander si la dépression psychique du délire aigu n'est pas la conséquence directe de cette confusion minima, ou bien si les idées délirantes de ruine, de fin prochaine, de malveillance de tous, n'engendrent pas secondairement un état de dépression et d'anxiété. Cela revient à savoir si cet état pseudo-mélancolique résulte d'un trouble primitif de l'affectivité ou bien du jugement. J'admettrais plus volontiers la seconde hypothèse parce qu'en général les idées délirantes apparaissent avant la dépression, et aussi parce que certains cas semblent évoluer avec un minimum de douleur morale, substratum affectif essentiel de la mélancolie, et avec un maximum d'affirmations inquiètes. Mais c'est là une question de pathogénie des symptômes qui a bien peu d'importance en clinique.

L'aspect extérieur du malade est souvent très différent de celui du mélancolique. Il est plus égaré que concentré, les yeux sont plus mobiles, l'oméga du front est moins accentué. La diminution de l'activité est constante; c'est surtout l'activité professionnelle, ménagère chez la femme, qui est troublée; on observe très souvent au début des fautes professionnelles, oublis, erreurs, ou actes non correctement accomplis (observation VI et VIII). Les femmes délaissent leur ménage, font mal leur cuisine (observation VI). Ces fautes professionnelles sont aussi bien le fait d'un vrai mélancolique que d'un confus; mais lorsque cette diminution de l'activité devient plus marquée, le malade tombe dans une inertie de caractère bien différent de l'inertie mélancolique; elle n'est pas constante, mais entrecoupée de périodes où le sujet se reprend à s'occuper (observation VI) avec une mise en jeu de l'activité motrice moins pénible, moins moralement douloureuse que chez le mélancolique. Cette activité est du reste en général stérile ou peu fertile.

On observe une lenteur de l'idéation qui peut être tout

aussi bien d'origine confusionnelle que mélancolique; mais on remarque bien moins souvent la lenteur des réponses; le temps de latence entre celle-ci et la question est moins marqué que chez le mélancolique. Le ton sur lequel elles sont faites diffère peu entre les deux groupes de malades. Interrogé sur ses préoccupations, le délirant aigu n'est pas aussi réticent que le mélancolique. On arrive à les lui faire raconter assez facilement; lorsqu'il se refuse à parler, son mutisme paraît plus l'effet de l'oppositionnisme que d'une concentration douloureuse de sa pensée. La tristesse est loin d'être aussi nette que chez le mélancolique anxieux. Par contre, l'anxiété est à son maximum. Dans cette forme de début, presque tous les malades ont la crainte d'un malheur imminent, de la mort, de l'arrestation, de la ruine, de la perte de leur situation. Elle aboutit quelquefois au suicide au cours d'un raptus anxieux.

Les idées délirantes sont multiples, toutes dirigées contre les intérêts du malade. Elles ont les mêmes caractères que dans la forme pseudo-paranoïaque. Ce sont des idées de préjudice matériel ou moral (la croyance à la calomnie est une des plus fréquentes), de culpabilité, d'indignité, de persécution par influence, de malveillance (surtout professionnelle), d'attentat par tentative de meurtre ou d'empoisonnement.

Le refus d'alimentation est loin d'être aussi constant que chez le mélancolique. Beaucoup de ces malades mangent, mais moins que normalement, par suite des troubles de la santé physique. Un malade (observation VII), paraissant pourtant assez déprimé, mangeait même plus que de coutume. Le refus d'alimentation est intermittent : un repas est accepté, l'autre rejeté, fait qui est moins habituel chez le mélancolique. Ce dernier refuse souvent avec l'espoir de mourir de faim, le délirant aigu par crainte d'empoisonnement.

Certains malades font des tentatives de suicide. Elles sont en général mal conduites : un malade prend son fu-

sil (observation VII) mais oublie de le charger; une autre (observation VI) se frappe avec un jouet d'enfant, puis demande au mari son revolver. On est loin des tentatives minutieusement et silencieusement préparées du vrai mélancolique. Ce défaut d'organisation tient sans doute à la confusion qui embrume l'esprit de ces malades.

On voit que le tableau de cette forme de début diffère sensiblement de celui de la mélancolie, simple ou anxieuse. Mais souvent ce n'est qu'une série de nuances difficiles à interpréter. Il est donc nécessaire de rechercher avec le plus grand soin, dans les propos ou les actes, quelques signes traduisant plus sûrement la confusion mentale : les fausses reconnaissances, les erreurs mnésiques, une légère désorientation dans le temps; beaucoup de ces malades font sur la date des erreurs de dix ou quinze jours; mais le mélancolique concentré en lui-même fait quelquefois de telles fautes par inattention, ou prend le visiteur pour un personnage chargé d'une mission hostile.

Il est donc indispensable, pour établir le diagnostic, de tenir compte rigoureusement des signes physiques et de les rechercher, en particulier le plus important d'entre eux, l'état subfébrile.

Début à forme hallucinatoire simple.

Cette forme est très fréquente au début des délires aigus secondaires à une infection quelconque évoluant sur un terrain alcoolique. C'est alors le *delirium tremens*, avec son onirisme terrifiant. Au début du délire aigu primitif, l'hallucination visuelle n'est pas rare, mais elle n'est souvent qu'un élément secondaire du tableau réalisé par une autre forme de début; et, dans ce cas, elle vient aider au diagnostic, en vertu du principe que l'hallucination de la vue apparaissant au cours de troubles mentaux quelconques est une traduction de l'infection.

Il est rare, au début du délire aigu primitif, que de véri-

tables hallucinations dominent la scène, au point de faire penser à une psychose hallucinatoire. Quelquefois, on observe de simples illusions sensorielles sur lesquelles le malade brode un délire, réalisant le tableau d'un onirisme atténué. Quoiqu'il en soit, les débuts hallucinatoires sont rares, et, sur une cinquantaine d'observations complètes de délire aigu, je n'ai pu en relever que deux cas.

Ces hallucinations n'ont pas beaucoup de caractères particuliers. Cependant il faut noter que cette forme de début du délire aigu n'est pas, comme le *delirium tremens*, un drame silencieux. Dans ce dernier, le malade vit une scène terrifiante, mais muette. Chez le délirant aigu, d'après les observations que j'ai étudiées, les hallucinations auditives paraissent accompagner les hallucinations visuelles. Il en résulte des difficultés pour le diagnostic, car, en règle générale, les hallucinations auditives véritables apparaissent plutôt au cours des psychoses hallucinatoires chroniques que dans les états infectieux.

Comme les idées délirantes dans la forme pseudo-paranoïaque, les hallucinations ont presque toujours un caractère hostile au sujet. Il voit des voleurs, des assassins, des policiers, des scènes d'incendie, ou bien il entend des voix qui l'injurient, le calomnient, le menacent. Quelquefois, ces hallucinations sont terrifiantes comme dans le *delirium tremens*, mais beaucoup plus souvent elles s'accompagnent seulement d'attente craintive d'un malheur imminent. C'est là un caractère qui ne fait presque jamais défaut, et, dans l'observation XI, la réaction anxieuse était suffisamment intense pour que la malade aille en pleine nuit chercher refuge auprès de sa sœur, couchée dans la maison voisine. Ces hallucinations sont loin d'être aussi abondantes, multiples et variées, que dans le *delirium tremens* : épisodiques dans la journée, elles n'acquièrent toute leur intensité que dans la soirée et dans la nuit : l'observation XI en est un bel exemple.

D'autres fois, les hallucinations semblent beaucoup moins

précises et paraissent se réduire à de simples illusions sensorielles. C'est ainsi que deux malades croyaient lire sur le journal des faits relatifs à leur vie, une autre croyait entendre, dans les propos des infirmières, des paroles de commisération à son égard. Ce sont alors des faits réels, des impressions sensorielles qui sont déformées comme dans un rêve, et sur lesquels le malade brode un thème délirant. On a donc un début à caractère onirique, mais cet onirisme paraît d'une intensité et d'une richesse atténuées.

Début à forme pseudo-maniaque.

Si l'agitation, à la période d'état du délire aigu, peut souvent faire croire à un état maniaque, la phase prodromique ressemble bien moins souvent à une manie qu'à une mélancolie. Cependant, la forme pseudo-maniaque est plus fréquente que le début hallucinatoire ou pseudo-paranoïaque.

Ce qui la caractérise, c'est avant tout l'agitation et la logorrhée évoluant sur un fond de confusion mentale souvent très difficile à reconnaître. Il est souvent ardu de faire le diagnostic avec certaines manies atypiques, et en particulier l'accès maniaque du débile.

Le masque de l'individu qui commence un délire aigu est beaucoup moins mobile que celui du maniaque. Ses regards sont plutôt égarés et n'épient pas le détail qui accrochera en passant l'attention et pourra faire l'objet de remarques plus ou moins vives. La richesse mimique est beaucoup moins grande. L'agitation n'est pas d'emblée intense. Elle se limite d'abord à un certain besoin de remuer, de gesticuler, d'entreprendre plusieurs occupations; la plupart de ces malades déplacent les objets de leur chambre, qu'ils mettent ainsi en désordre. Le plus souvent l'activité est stérile, n'aboutissant à aucun résultat appréciable. On ne note jamais, comme quelquefois au début de l'accès mania-

que, une augmentation du rendement du travail. Plus tard, à mesure que croît la confusion, l'activité est de plus en plus incohérente; elle n'aboutit qu'au bouleversement des meubles, au déchirage et au bris des objets; des violences, des coups sont souvent portés contre l'entourage. On arrive ainsi, insensiblement, à la grande agitation confusionnelle de la période d'état.

Le second caractère marquant de cette forme est la logorrhée. Il y a accélération du débit de la parole au cours de la conversation et des soliloques. Mais on ne trouve pas les associations d'idées rapides du maniaque; il semble que ces malades expriment une succession rapide de représentations mentales, sans qu'on puisse trouver entre elles un lien associatif quelconque. Si bien que la succession des idées est beaucoup plus incohérente que chez le maniaque à excitation égale. La logorrhée des délirants aigus au début paraît être presque entièrement automatique. Comme les maniaques, ces malades chantent souvent, mais ils font des erreurs dans le texte de la chanson, ou bien l'air est complètement déformé. Ils ont souvent recours à la parole chantée; j'ai entendu certains de ces malades chanter indéfiniment les mêmes mots répétés d'une façon monotone et interminable.

La rapidité des perceptions est loin d'être augmentée comme chez les maniaques; il est rare de voir les délirants aigus noter de prime abord un détail particulier chez l'interlocuteur. Il est encore plus rare de les entendre faire sur ce dernier d'adroites plaisanteries ou des propos caustiques. En dehors de l'automatisme, l'activité psychique ne semble nullement accrue chez eux. Ils n'ont pas l'hypermnésie des maniaques, et les grossières erreurs chronologiques qu'ils commettent ne peuvent être mises sur le compte d'une inattention ou d'une fuite des idées.

Le délirant aigu au début n'a jamais l'hyperthymie du maniaque. Jamais on ne le voit euphorique, content de vivre, optimiste, débordant d'affection, ou au contraire d'irrita-

bilité hargneuse. Il est souvent violent et grossier, mais cette violence et cette grossièreté paraissent plus le fait de l'automatisme que d'une hargne véritable. Lorsqu'il est injurieux, c'est sans perspicacité; on ne le voit pas prendre plaisir à mal faire comme le maniaque. On ne le voit pas non plus en état d'instabilité affective. Il est plutôt indifférent, avec, de temps à autre, des colères impulsives. La non-exagération de l'humeur, sa stabilité relative, sont des caractères importants dans ce début pseudo-maniaque du délire aigu.

Cette forme de début se présente donc comme un état maniaque très incomplet à qui il manquerait non seulement la rapidité des perceptions et de l'idéation proprement dite, mais encore l'exagération de l'humeur. Il est à remarquer en outre que l'agitation (observations XIII et XIV) n'est pas constante, mais entrecoupée de périodes où le malade paraît normal, et c'est souvent vers le soir que revient l'état pseudo-maniaque.

Il y a lieu aussi de tenir compte de signes psychiques n'appartenant pas à la série maniaque. Ce sont surtout de furtives périodes de délire à tendance onirique. Une malade racontait toute une tentative d'hypnose qui n'avait existé que dans son imagination; une autre est subitement persuadée que sa voisine va mettre le feu à la maison, et passe la nuit couchée au pied de son lit. Cette réaction absurde est beaucoup plus celle d'un confus que d'un maniaque. Tout cela, joint aux signes physiques, doit faire craindre la possibilité d'un délire aigu au début. Parmi ces signes physiques, l'état subfébrile est le plus caractéristique, et il faudrait bien se garder de l'attribuer à l'agitation. Il est classique d'affirmer que les maniaques les plus violents ont une température normale. On ne voit donc pas pourquoi ces malades, dont l'agitation est relativement peu intense au début, se trouveraient dans un état subfébrile du fait de cette agitation.

§ 2. — *Les signes physiques du début du délire aigu primitif.*

Très souvent, la phase prodromique du délire aigu est précédée ou accompagnée de céphalée. C'est un signe que j'ai noté au moins dans les trois quarts des observations que j'ai compulsées. Elle est en général mal définie; les malades se plaignent d'une douleur occipitale ou frontale, ou siégeant au vertex. Certains se plaignent d'avoir la tête lourde, d'autres vide. Dans un cas, la céphalée s'accompagnait de rachialgie et de douleurs lombaires. Cette céphalalgie est importante pour le diagnostic; les auteurs anciens en tenaient grand compte, et plus récemment Régis n'hésitait pas à dire qu'une agitation maniaque précédée de céphalée avait de grandes chances pour n'être en réalité qu'une agitation confusionnelle.

On note aussi quelquefois, surtout chez les débuts pseudo-mélancoliques, une sensation de constriction thoracique, avec angoisse précordiale et impression de mort imminente. Ce signe paraît peu fréquent; tout au moins les malades en font rarement part à l'entourage. Peut-être est-il à la base de la crainte et de l'anxiété souvent observées.

Les troubles du sommeil sont, avec la céphalée, le signe subjectif le plus important. A la phase prodromique du délire aigu, les malades dorment peu. Couchés dans leur lit, ils se retournent sans cesse pour essayer de dormir. Ils se lèvent souvent et arpentent leur chambre, en proie à l'insomnie simple ou à leurs idées délirantes. Parfois, ils dorment au début de la nuit, puis ils se réveillent anxieux et agités. L'insomnie, l'agitation et le retour nocturne des idées délirantes sont des caractères qui plaident en faveur de l'origine confusionnelle des troubles mentaux de la phase prodromique.

A côté de ces symptômes subjectifs, on observe des signes objectifs, les plus importants.

Au premier plan, il faut placer l'élévation de la température. Sur ce point, aucun renseignement des familles, car elles ne soupçonnent pas encore l'existence d'une maladie organique et la possibilité de fièvre. Mais dans tous les cas où le thermomètre avait été placé (observations IV et VI), on a constaté un état subfébrile. De plus, ce dernier a toujours été observé lorsque les malades sont arrivés à l'hôpital avant la fin de la période prodromique. Jamais je n'ai trouvé une feuille de température où l'on ne voit pas déjà une élévation thermique, bien avant l'apparition de la fièvre élevée. Ce que l'on constate, c'est une température inguinale ne descendant pas le matin au-dessous de $37^{\circ}2$ et s'élevant le soir à $37^{\circ}8$ environ. La constatation de cet état subfébrile est un fait capital, et doit faire songer, en présence de troubles mentaux un peu atypiques, à un début de délire aigu; mieux vaut commencer à tort une thérapeutique anti-infectieuse que d'attendre qu'il soit trop tard. Le pouls est déjà accéléré, battant entre 100 et 120; le nombre des pulsations a tendance à croître plus vite que la température.

L'autre signe physique capital est donné par l'état des voies digestives. La langue est toujours chargée, recouverte, surtout à son centre, d'un enduit blanc grisâtre; elle est encore humide à cette période de début. L'haleine a une odeur désagréable, analogue à celle que l'on rencontre au cours des occlusions intestinales. L'appétit est en général considérablement diminué; les nausées, le dégoût des aliments ne sont pas rares. Enfin, avec la langue sale, le signe digestif le plus important est la constipation. Les malades n'évacuent plus régulièrement leur ventre, et il n'est pas rare d'en rencontrer qui n'ont pas vidé leurs intestins depuis plus d'une semaine. Exceptionnellement, il existe de la diarrhée qui est alors abondante, fétide et de teinte ocrée.

L'amaigrissement est en général précoce, les traits sont

déjà creux et tirés, et l'aspect du malade traduit la fatigue et l'infection; mais souvent l'évolution est trop rapide pour que l'amaigrissement ait le temps de devenir manifeste.

Un dernier groupe de signes physiques est fourni par l'examen des urines. La quantité de celles-ci est diminuée. L'albuminurie se voit assez souvent, mais à l'état de traces. On rencontre bien plus fréquemment la présence de quelques grammes de glucose, ou des traces d'acétone, traduisant l'atteinte toxi-infectieuse du foie. La quantité d'urée urinaire est diminuée, alors que l'urée sanguine monte en général aux environs de 0 gr. 50 par litre.

Du côté du système nerveux, on ne trouve rien de caractéristique. Les réflexes tendineux sont assez souvent vifs. Le liquide céphalo-rachidien reste normal : très rarement il y a une légère réaction cellulaire, ne dépassant pas trois ou quatre éléments par champ.

Quant à l'hémoculture elle est, d'après les observations du service, le plus souvent négative. On verra, au chapitre de la bactériologie, les résultats qu'elle pourrait donner.

CHAPITRE III

Sémiologie du délire aigu à la période d'état.

Je serai bref sur la sémiologie du délire aigu à sa période d'état, car je n'ai pas la prétention d'ajouter quelque chose aux magistrales descriptions qu'en ont donné les auteurs anciens, en particulier Calmeil, Thulié, Briand, Ball et Carrier parmi les Français. Comme le fait Ball dans son article du dictionnaire médical en cent volumes, je crois qu'il est nécessaire de conserver les trois formes cliniques décrites par Schüle, forme pseudo-maniaque, pseudo-mélancolique et mixte. Ces trois formes répondent en effet à la réalité clinique, surtout les deux premières.

Tout d'abord, il faut savoir quand commence la période d'état. Elle débute, semble-t-il d'après les observations, quand apparaît la grande agitation confusionnelle, et quand la température commence à s'élever plus ou moins progressivement au-dessus de 38°. Le passage entre la phase prodromique et la période d'état est le plus souvent insensible. Quant à la durée de la première, elle est très variable. La moyenne paraît être d'environ dix à douze jours, on la voit souvent se prolonger deux ou trois semaines, ou se réduire à quatre ou cinq jours. D'une façon générale, les formes où la confusion est d'emblée évidente paraissent les plus courtes, ainsi que les débuts hallucinatoires. Les autres formes de début semblent traîner plus longtemps.

La période d'état évolue en deux temps distincts. D'abord une phase d'agitation, du type maniaque ou mélancolique anxieux, puis une phase de torpeur, l'apparition de cette

dernière étant d'un pronostic extrêmement sombre, pour ainsi dire fatal.

Je prendrai pour type de description la forme pseudo-maniaque de Schüle.

Ce qui frappe en premier lieu, c'est l'agitation. Le malade libre déambule sans cesse dans sa cellule, il gesticule, crie et vocifère. Il se livre à des violences graves contre ceux qui essaient de l'approcher; attaché dans son lit, il essaye de se libérer des entraves, de s'asseoir sur son séant. Il crache de la salive au visage des visiteurs, les invective en hurlant. Ses draps, son oreiller sont trempés de sueur, et l'on est obligé de changer la camisole plusieurs fois par jour. Il est classique de dire que l'agitation du délirant aigu est, avec celle du confus épileptique, une des plus intenses que l'on connaisse.

La logorrhée, les chants, les propos injurieux et grossiers augmentent parallèlement à l'agitation. Des individus d'une éducation convenable, des femmes en particulier, tiennent des propos orduriers et chantent des chansons obscènes qui mettent leur famille dans la stupéfaction et la honte. Les propos sont d'une incohérence complète. C'est à peine s'ils laissent deviner la présence d'hallucinations terrifiantes; les malades voient des gens venir les assassiner, vivent au milieu de catastrophes et appellent à leur aide des camarades ou les membres de leur famille. Les hallucinations sont moins zoopsiques et professionnelles que dans le *delirium tremens*. Quand l'incohérence est moins grande, ils émettent des idées délirantes absurdes et polymorphes de persécution, ou encore des idées mégalo-mystiques. Ils sont le Messie, Lucifer, un ange, Jeanne d'Arc, ils vont sauver le monde ou la France, ils sont les plus grands pécheurs et ils seront damnés. La désorientation dans le temps et l'espace est complète, et je n'ai jamais trouvé, comme Damaye, une observation de délire aigu évoluant avec conservation de la lucidité.

La plupart du temps, ces malades refusent de se laisser

examiner, sans en donner aucune explication; souvent, ils ne répondent rien aux questions posées. Ce refus d'examen et le mutisme paraissent le fait d'un oppositionnisme aigu, comme le refus d'alimentation qui l'accompagne généralement. Si on arrive à leur faire boire quelques cuillerées de liquide, ils le rejettent aussitôt. Ball attribuait cette hydrophobie, comparable à celle de la rage, à un spasme pharyngien, dû à l'hyperesthésie et à l'hyperexcitabilité de celui-ci.

Cette hyperexcitabilité serait aussi responsable, pour le même auteur, de crises convulsives. Je n'en ai jamais relevé à la période d'état dans les observations à ma disposition, sauf chez deux malades, l'une antérieurement épileptique, l'autre urémique depuis longtemps.

La langue des délirants aigus est recouverte d'un épais enduit grisâtre, et elle est complètement sèche, ainsi que toute la cavité buccale, d'où sort une haleine fétide. Les dents et les lèvres sèches sont recouvertes, malgré les soins qu'on y apporte, d'un enduit fuligineux. La sécheresse s'étend au pharynx et au larynx, d'où, pour Mme Giorgi-Eragne, la raucité de la voix.

Les urines sont très peu abondantes, difficiles à recueillir, car le malade urine généralement dans son lit. Elles sont hautes en couleur, albumineuses, et contiennent également des traces de glucose et d'acétone. Le liquide céphalo-rachidien est le plus souvent normal, sauf quelquefois où l'on note la présence d'une très légère réaction cellulaire.

Le pouls est petit, mal frappé, très rapide. Les bruits du cœur sont assourdis, surtout le premier; le rythme a tendance à devenir embryocardique. La température s'élève d'une façon progressive, mettant en général trois ou quatre jours pour arriver à son acmé. Celle-ci est variable avec les malades. Tantôt, elle est aux environs de 39, où elle se maintient trois ou quatre jours; dans les formes graves, elle s'élève plus haut, et j'ai deux fois constaté une tem-

pérature inguinale atteignant 42° exactement. On observe souvent une rémission brusque à 37°, suivie de reprise le soir au taux antérieur.

Lorsque, grâce à la thérapeutique, le délire aigu évolue vers la guérison, la fièvre tombe en lysis prolongé, et met en moyenne dix jours avant de revenir vers 37°. L'état général s'améliore parallèlement, mais l'agitation persiste tout en diminuant progressivement. La confusion dure beaucoup plus longtemps que l'agitation, et il faut compter trois ou quatre semaines avant de voir réapparaître la lucidité. Un certain nombre de malades, environ le quart, guéris de leurs accidents somatiques, doivent être internés pour confusion mentale prolongée.

Quand la toxi-infection est trop violente ou la thérapeutique mal conduite, une phase de torpeur succède insensiblement à la phase d'excitation. L'agitation est remplacée par de la trémulation et des soubresauts musculo-tendineux incessants. La carphologie apparaît et la logorrhée est transformée en mussitation intermittente. La constipation fait place à une diarrhée abondante; à cette période, le malade, complètement confus, ressemble au typhique des descriptions classiques. L'amaigrissement est extrême, les yeux sont excavés et éteints, les paupières agglutinées par des sécrétions jaunâtres. Il apparaît assez souvent des ulcères de la cornée, ou de la conjonctivite. J'ai vu plusieurs de ces malades faire des parotidites infectieuses. L'une d'elles fit dans les régions cervicale et scapulaire droite un abcès putride à colibacilles, sur un hématome consécutif à une tentative de strangulation.

La fièvre est, ou bien très élevée, ou bien au contraire, mais plus rarement, le malade succombe dans l'hypothermie. Le pouls est incomptable, les bruits du cœur très sourds et le rythme embryocardique. La mort semble le plus souvent le fait du collapsus cardiaque; exceptionnellement, c'est une broncho-pneumonie, apparue au cours de l'affection, qui emporte le malade.

A côté de cette forme pseudo-maniaque, la plus fréquente, existe une forme pseudo-mélancolique de la période d'état. C'est aussi une forme agitée en raison de l'anxiété qui prédomine. Elle ne diffère de la précédente que par l'intensité des conceptions délirantes et par les réactions qu'elle entraîne. La confusion est tout aussi marquée, mais la logorrhée incohérente a disparu pour faire place à des gémissements et des lamentations continuelles. Les hallucinations y sont moins vives; par contre, les conceptions hypochondriaques de dysfonctionnement, de négation ou de pourriture d'organes sont beaucoup plus riches; il en est de même des idées délirantes de persécution, ou d'indignité. Le refus d'alimentation y est plus constant. L'agitation est un peu moins violente et prend le type d'agitation anxieuse, avec possibilité de raptus et de suicide au cours de ceux-ci.

Pour Schüle, il existerait une troisième forme, mixte. Je ne l'ai jamais notée. Elle serait caractérisée par une succession de périodes d'agitation pseudo-maniaque et de dépression pseudo-mélancolique.

CHAPITRE IV

Diagnostic.

Diagnostic positif.

A la phase prodromique du délire aigu, le diagnostic positif repose sur la coexistence de troubles mentaux et de troubles de la santé physique traduisant un état infectieux.

On pensera au délire aigu primitif lorsqu'en pleine santé apparaissent subitement des troubles de l'esprit qui prennent rapidement une grande intensité et qui ne rentrent pas strictement dans les cadres d'une affection mentale déterminée.

Lorsqu'ils simulent une psychose paranoïaque, on doit tenir compte de la multiplicité, du polymorphisme, de l'absurdité et de l'inconsistance des idées délirantes, tous caractères qui rapprochent celles-ci du délire onirique. Lorsque l'on pourrait penser avoir affaire à une mélancolie, on trouvera une absence relative de tristesse vraie et de douleur morale, une inertie et du refus d'alimentation intermittents, des réactions anxieuses à prédominance vespérale, des conceptions délirantes multiples, des tentatives de suicide mal réglées. Dans la forme à début hallucinatoire, la sémiologie mentale montrera une prédominance vespérale et nocturne d'hallucinations auditives. Dans la forme pseudo-maniaque, le diagnostic reposera sur l'intermittence de l'agitation, sur l'incohérence plus grande que chez le maniaque. Dans toutes ces formes de début, viendront se joindre du reste quelques signes discrets de confusion men-

tales : léger degré d'obnubilation, de désorientation, d'incoordination de la pensée et des actes. Ces signes de confusion mentale peuvent d'emblée dominer la scène et créer une forme où la confusion est dès le début évidente.

Mais, fait capital, ces troubles mentaux sont accompagnés de signes physiques : avant tout, un état subfébrile à prédominance vespérale. A cette élévation de la température s'ajoutent de l'accélération du pouls, une langue sale, de la diminution de l'appétit. Cette constatation d'un état subfébrile est capitale pour le diagnostic. Il est donc absolument nécessaire de prendre systématiquement et régulièrement la température au début de toute psychopathie. Si l'ensemble de ces signes n'est pas pathognomonique du délire aigu, et s'ils peuvent se rencontrer dans des confusions mentales infectieuses, ils permettent néanmoins de porter un diagnostic de probabilité, et de commencer la thérapeutique.

A la période d'état, le diagnostic positif repose sur la constatation d'une confusion mentale, sur la violence de l'agitation, sur la multiplicité des hallucinations et l'importance de l'onirisme, sur l'hydrophobie, la température rapidement élevée, la tendance précoce au collapsus cardiaque, les troubles rapides de l'état général.

Diagnostic différentiel

A la période prodromique, on doit d'abord envisager le diagnostic dans chacune des formes, puis voir quelles sont les affections qui peuvent simuler l'une quelconque de ces formes.

Lorsque la confusion est d'emblée manifeste, il faut éliminer les confusions simples secondaires à une localisation infectieuse. Donc, il est nécessaire de pratiquer un examen somatique complet. Des signes physiques particuliers mettront sur la piste d'une grippe, d'une pneumonie, d'une dothiéntérie, d'une infection des voies digestives, d'un ac-

cès pernicieux palustre, d'une méningite ou d'une encéphalite; mais il ne faut pas oublier que ces confusions infectieuses simples peuvent « s'aiguïser » par la suite, suivant l'expression de Porot, et réaliser un délire aigu secondaire. Il faut éliminer également les confusions toxiques, par l'alcool, la cocaïne, la morphine, l'éther, etc., où l'on a pour le diagnostic la notion de l'absorption préalable du toxique, l'apyrexie, le caractère spécial des troubles mentaux et, en particulier, des hallucinations dans chacune de ces intoxications.

Dans la confusion épileptique, on aura en général connaissance de crises convulsives antérieures. La confusion est très profonde et apyrétique.

Lorsque les troubles mentaux ont l'aspect mélancolique, il faut éliminer la mélancolie vraie; c'est un diagnostic sur lequel j'ai insisté dans la description clinique, en opposant symptôme par symptôme les deux affections. Une étude attentive des signes, leur longue évolution, l'absence de fièvre empêcheront de confondre ce début du délire aigu avec la psychasthénie ou la neurasthénie.

Quand on a affaire à des troubles d'aspect paranoïaque, la lente installation, la cristallisation, l'apparence plus logique du délire, l'apyrexie militeront en faveur d'un délire systématisé chronique. Il ne faudrait pas non plus prendre les idées délirantes du début du délire aigu pour les interprétations erronées mais non délirantes d'un sujet présentant une constitution mentale paranoïaque.

Dans cette forme de début, la principale difficulté est de la séparer d'avec les bouffées délirantes des débiles mentaux. Les conceptions délirantes ont les mêmes caractères. Un long passé d'inadaptation professionnelle et sociale milite en faveur de la débilité mentale. Mais il est bien permis à un débile de faire un délire aigu; c'est même un fait assez fréquent. C'est surtout l'absence de signes physiques

trahissant un état infectieux qui permettra de faire le diagnostic, car une confusion mentale légère, occasionnée par la fatigue ou quelques excès, coexiste fréquemment avec les bouffées délirantes des débiles.

On a vu quels caractères opposaient le début hallucinatoire à la psychose chronique du même nom. Il reste les hallucinations épisodiques des intoxiqués chroniques ; celles-ci, du reste apyrétiques, ont généralement un aspect particulier : visions terrifiantes zoopsiques, macabres et professionnelles de l'alcool, visions kaléidoscopiques du haschich, hallucinations tactiles de la cocaïne, rêves érotiques de l'opium, hallucinations lilliputiennes du chloral. De plus, ces toxiques déterminent des troubles spéciaux de la santé physique.

On a vu aussi, au chapitre de la sémiologie, comment s'opposaient le début pseudo-maniaque et la manie. Ce sont les états maniaques chez les débiles qui offrent les plus grandes difficultés pour le diagnostic, car la symptomatologie mentale est là aussi atypique. C'est encore les signes physiques, l'état des voies digestives, la céphalée, l'état sub-fébrile, qui font penser au délire aigu. Une manie fébrile n'est pas une vraie manie.

Il existe des affections qui peuvent revêtir une sémiologie mentale analogue à l'une quelconque de ces formes de début. Ce sont les démences, soit démence précoce, soit démence sénile, soit démence paralytique. Elles peuvent provoquer un état de dépression ou d'excitation et s'accompagnent d'idées délirantes et d'hallucinations plus ou moins nombreuses. Ces divers états sont eux aussi atypiques, non pas du fait de la confusion mentale, mais de la diminution progressive et globale des facultés psychiques. Si des caractères particuliers de la sémiologie mentale, comme les idées mégalo-maniaques chez le paralytique général, comme les

idées de préjudice chez le sénile, peuvent mettre sur la voie du diagnostic, il existe cependant des cas, principalement dans la démence précoce, où le type des symptômes psychiques ne sont d'aucun secours. Il faut alors tenir compte de la durée préalable des troubles, qui se chiffre par semaines ou par mois et non par jours; l'âge, les réactions humorales dans la paralysie générale, l'apyrexie, la conservation d'un bon état général, sont alors les facteurs du diagnostic. Pour la paralysie générale, il faut faire une réserve, car on voit quelquefois un authentique délire aigu terminer la vie de ces déments.

A la période d'état, il est difficile, étant donné la température élevée et l'atteinte de l'état général, de prendre le délire aigu pour une manie ou une mélancolie. Le thermomètre fait le diagnostic. Dans un article récent, Damaye a insisté sur le diagnostic du délire aigu et de l'état de mal comitial à forme agitée ou sympathique. En faveur de l'épilepsie militent les antécédents comitiaux, la température plus rapidement élevée, la mydriase, la violence des battements artériels; les actes sont plus impulsifs, plus automatiques, le cercle des idées plus restreint et plus pénible.

Le principal point du diagnostic à la période d'état, c'est de savoir si le délire aigu est primitif ou secondaire. La méconnaissance d'une pneumonie, d'une dothiéntérie, d'un rhumatisme cérébral, entraînerait de lourdes fautes de thérapeutique. Il faut donc pratiquer un examen systématique et complet de tous les organes de ces malades.

CHAPITRE V

Pronostic.

On doit envisager le pronostic du délire aigu primitif sous deux chefs : d'abord pronostic vital, ensuite pronostic mental.

Le pronostic vital, malgré les thérapeutiques modernes, reste réservé. Il est cependant loin d'être aussi sombre que celui donné par les auteurs du siècle précédent; « la guérison s'observe, dit-on, dans quelques cas », écrivait Ball. La mortalité actuelle est estimée à 40 % des cas environ dans les différents services où l'on traite les délirants aigus. En 1929, dans le service du Pr. Abadie, il y a eu vingt-huit cas de délire aigu primitif, dont onze décès, ce qui fait une léthalité de 39 %, moyenne qui eût été certainement réduite si un certain nombre de ces malades avaient été amenés plus tôt à l'hôpital.

Les facteurs du pronostic vital sont assez nombreux. Tout d'abord, le délire aigu semble plus grave chez l'homme, s'il est moins fréquent chez lui. Dans le service, en 1929, sur huit hommes, il y eut quatre décès, ce qui abaisse la mortalité féminine à 35 % au cours de cette année.

L'intensité de la toxi-infection est un des gros facteurs du pronostic. Il existe des formes à marche très rapide, avec hyperthermie considérable, avec longue durée des accidents infectieux, qui sont difficilement curables. L'intensité et la durée de l'infection rendent plus fréquente la complication la plus redoutable, la myocardite.

D'autre part, il faut tenir compte du terrain sur lequel évolue l'affection; les petits éthyliques chroniques, les tuberculeux, les urémiques, les diabétiques, résistent beaucoup moins bien. C'est dire l'importance de l'état antérieur de certains organes comme le foie, le rein, et surtout le cœur. Les malades qui ont des cardiopathies valvulaires, ou simplement un cœur fatigué, comme les vieillards, sont les plus exposés à la myocardite.

Le processus toxi-infectieux ne lèse pas seulement l'encéphale, il touche, comme on le verra au chapitre de l'anatomie pathologique, le foie, la rate, les reins et le myocarde. L'atteinte d'un organe antérieurement insuffisant provoquera des complications d'autant plus graves que la méiopraxie fonctionnelle était plus importante.

Par ailleurs, il faut tenir compte des complications viscérales d'ordre infectieux. L'apparition d'une broncho-pneumonie, d'une parotidite, doivent faire porter un pronostic plus sévère.

Enfin, les chances de succès dépendent avant tout de la thérapeutique employée et de la façon dont celle-ci est conduite. Sans traitement anti-infectieux intense, comme dans une septicémie, le pronostic est presque fatal; on retrouve alors la mortalité de 90 % observée autrefois. Le pronostic dépend aussi de la précocité de la thérapeutique; commencée à la période d'état, les chances de succès sont minimes. Elles augmentent au contraire plus on se rapproche du début des accidents. C'est une vérité banale que l'on a d'autant plus de prise sur une infection générale qu'on la traite plus près de son début. C'est pourquoi j'ai essayé de montrer comment en clinique on pouvait dépister le délire aigu à sa phase prodromique.

Quant au pronostic mental, il est très variable. Le plus souvent, le retour à la bonne santé morale est complet. assez fréquemment, ce retour à la normale est précédé d'une longue période d'hyperémotivité. D'autres fois, le délire aigu laisse après lui des séquelles graves. D'après les

tistiques du service de clinique des maladies nerveuses et mentales de Bordeaux, on est obligé d'interner un quart des malades. La plupart de ceux-ci avaient des antécédents vésaniques personnels, collatéraux ou héréditaires. C'étaient des débiles mentaux, d'anciens mélancoliques ou maniaques, des déséquilibrés constitutionnels, ou bien on retrouvait dans leur famille des délirants chroniques, des idiots, des alcooliques, des syphilitiques du névraxe.

Porot range les séquelles du délire aigu en séquelles curables et incurables. Parmi les premières, on trouve des idées fixes post-oniriques, des délires pseudo-systématisés, des états mélancoliques, de longues agitations confusionnelles. Les séquelles incurables sont constituées par la démence post-infectieuse et par les confusions mentales d'une durée indéfinie.

CHAPITRE VI

Observations.

Les observations que je publie sont toutes dues à l'obligeance de M. le Professeur Abadie. Elles ont toutes été recueillies dans son service de clinique des maladies nerveuses et mentales de la Faculté de Bordeaux, et s'échelonnent sur une période qui va du 1^{er} janvier 1920 au 1^{er} janvier 1930.

La plupart d'entre elles proviennent du Pavillon d'observation psychiatrique, service d'inspection départementale des aliénés, où tous les malades atteints de troubles mentaux doivent être observés avant leur envoi dans les asiles. On voit l'utilité d'un tel service pour dépister des maladies comme le délire aigu, dont les troubles de l'esprit ne justifient pas l'internement. D'autres observations proviennent des salles 20 et 24 de l'Hôpital Saint-André, qui constituent un service de neurologie et de psychiatrie entièrement libre, véritable service ouvert, fonctionnant dans un hôpital général.

Parmi les 139 observations que j'ai pu ainsi rassembler, j'ai choisi les plus complètes, bien qu'elles ne soient pas toujours les plus démonstratives. Il y a pourtant des lacunes dans les anamnestiques de celles que je publie, car souvent au début de leur stage, les externes sont trop inexpérimentés en psychiatrie pour faire raconter convenablement aux familles l'histoire de la maladie.

Les courbes thermiques qui les accompagnent sont des

courbes de température inguinale. Pour les rendre claires, j'ai dû y supprimer la courbe du pouls et les indications relatives aux thérapeutiques effectuées, sauf le traitement anti-infectieux.

Début confusionnel d'emblée manifeste.

OBSERVATION I

P. O. P. — F. 1928. — N° 188.

Jeanne C..., âgée de 19 ans, est modiste. C'est une constipée chronique souffrant assez souvent de douleurs abdominales. Vers le 15 octobre 1928, l'entourage s'aperçoit qu'elle n'a plus son entrain habituel. Elle devient distraite, commet quelques oublis et des erreurs dans les comptes dont elle s'occupe. Elle se plaint de céphalées, de douleurs abdominales et précordiales. D'elle-même elle constate une diminution de sa mémoire, une certaine difficulté à fixer son attention et à évoquer des souvenirs. Le 18 octobre, à cet état s'ajoutent quelques propos incohérents, elle exprime à plusieurs reprises la crainte vague d'un malheur imminent qui va la frapper. La famille remarque son air hébété. On la fait coucher. Le 19 octobre, elle refuse l'alimentation, ne paraît pas reconnaître ses parents, ne veut pas rester au lit, court au jardin où elle se roule à terre, crie, frappe ceux qui l'approchent. Dans l'après-midi commence une période d'onirisme terrifiant; elle voit des cou-teaux, des gens qui se battent, des trous dans les murs, et répond à des interlocuteurs imaginaires.

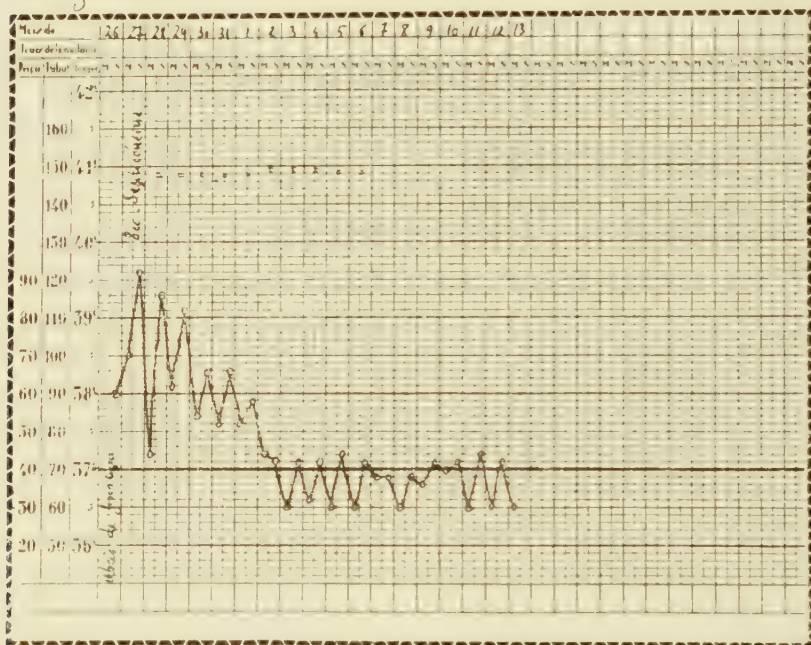
Les jours suivants, même état : confusion, agitation; hallucinations terrifiantes, mais on observe quelques courts intervalles de retour au calme et à la lucidité.

Le 26 octobre, on la fait entrer au P. O. P.; elle est en pleine confusion mentale; l'agitation est continue, en rapport avec des hallucinations visuelles terrifiantes. Les propos sont complètement incohérents. L'examen somatique décèle des signes de toxi-infection généralisée, température à 38°, pouls à 106. A l'auscultation du cœur, rythme embryocardique avec bruits assourdis. Dès le premier jour, on commence la thérapeutique anti-infectieuse : abcès de fixation, septicémine intraveineuse 8 cc., et toni-cardiaque : huile cam-phrée, digibaine per os cent gouttes en trois jours. Hémocul-

ture négative: formule sanguine normale, sauf anémie légère.

Sous l'influence du traitement, on observe rapidement une détente dans la gravité de l'état général. L'agitation diminue pour faire place à un état persistant de stupeur, avec oppositionnisme qui nécessite l'internement le 15 décembre à l'asile d'aliénés de Château-Picon, d'où cette jeune fille sortira en mars, après retour à la lucidité.

77L Jeanne G... P.O.P. F. 1928. 188



Il me paraît logique de rattacher les premiers troubles observés chez cette jeune fille à une confusion mentale légère. Les distractions, les oublis, les erreurs de compte, la difficulté d'évocation des souvenirs, traduisent la présence d'un léger nuage sur le champ de la conscience. Ce nuage s'épaissit progressivement: facies hébété, incohérence des propos le 18 octobre. Le 19, la lucidité a disparu, faisant place à l'onirisme, et dès le moment où la confusion est complète, l'agitation apparaît; on note aussi dans cette

observation un fait qui a frappé la famille et que je crois fréquent au début du délire aigu : ce sont les successions irrégulières de périodes lucides et de périodes confusionnelles. Il est probable que chez d'autres malades ces dernières sont très réduites, au point de ne pas frapper l'entourage, qui ne s'en souvient pas lorsqu'on procède à l'enquête médicale.

Début confusionnel d'emblée manifeste.

OBSERVATION II

P. O. P. — F. 1924. — N° 28.

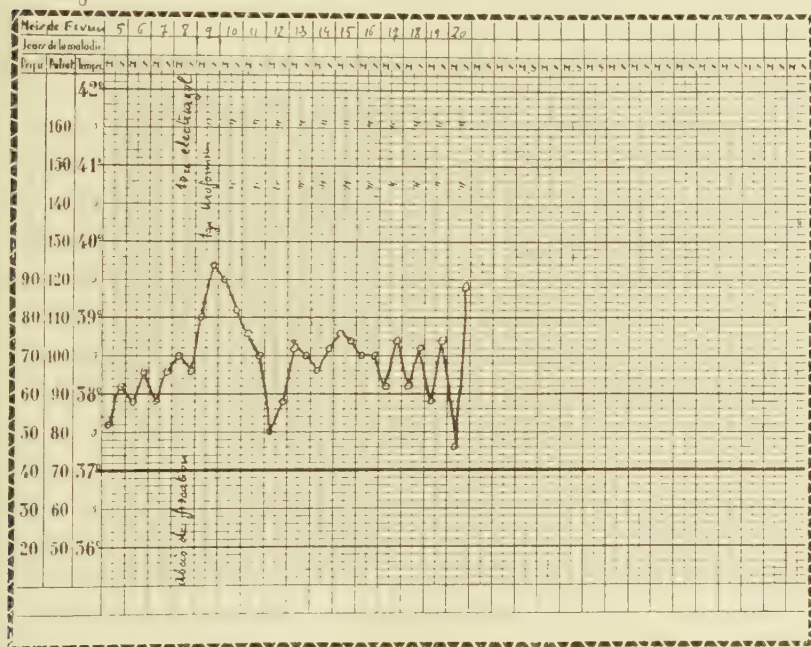
Julia C..., domestique de 29 ans, paraît normale jusqu'au 2 février 1924. A cette date quelques signes apparaissent intriguant l'entourage. On remarque à plusieurs reprises qu'elle recommence plusieurs fois la même chose, comme balayer une pièce par exemple. Au repas du soir elle sert la salade, non assaisonnée, dans le panier destiné à la laver. On lui fait remarquer son erreur qu'elle corrige aussitôt; apportant le plat suivant, elle dit brusquement à la maîtresse de maison : « Vous êtes très malade, vous êtes perdue et vous allez mourir. » De retour dans sa cuisine, elle chante à tue-tête, crie va et vient, parlant constamment. Ses propos sont corrects et n'étonnent que par leur inadaptation aux circonstances. On l'envoie se coucher, mais elle ne dort pas. Le lendemain matin, 3 février, elle est moins agitée, mais parle seule et tient des propos dont sa maîtresse ne saisit pas le sens. Elle accomplit son travail, mais ses gestes sont brusques et elle casse des verres et des assiettes. Aux questions qu'on lui pose, elle donne des réponses monosyllabiques, souvent grossières, quelquefois inadéquates. La nuit, elle ne dort pas, est agitée, déambule dans l'appartement et s'en va réveiller son maître. Le 4 février, les gestes et les paroles sont complètement incohérents, elle pousse des hurlements, brise des objets et s'enferme dans sa chambre.

Admise au P. O. P. le soir, elle jette des objets à la tête du personnel, crache au visage de ceux qui l'approchent, pousse des cris perçants, refuse les aliments. Les gestes sont brusques et impulsifs. La nuit, elle éventre son oreiller, défèque dans la plume et s'en barbouille tout le corps. Le 5, attachée dans son lit, elle paraît tantôt calme, tantôt agressive. Son regard est d'une mobilité extrême. Les quelques réponses qu'on peut arracher à son mutisme sont monosyllabiques et souvent inadéquates aux questions. Elle paraît complètement

désorientée. L'examen somatique ne montre rien d'anormal, si ce n'est un pouls rapide et une température à $37^{\circ}5$ le matin, et 38 le soir. Dans les jours qui suivent, celle-ci monte progressivement, l'agitation est remplacée par le tephos avec obnubilation complète. L'état général s'aggrave, et la mort survient après une longue période de torpeur, par collapsus cardiaque.

L'autopsie démontre une dégénérescence infectieuse du foie, une congestion méningo-encéphalitique avec état criblé des noyaux gris centraux et du mésencéphale.

ML Julia G. P.O.P. F. 1924-28



Le premier phénomène qui a frappé l'entourage, c'est le désordre de la pensée; d'abord quelques propos déplacés et inattendus, puis incohérence de ceux-ci, à tel point que la maîtresse de maison ne saisit pas ce que sa domestique veut dire. En même temps, des actes qui témoignent d'une légère obnubilation de l'esprit: la salade est servie dans le panier laveur; le balayage d'une pièce est recommencé

plusieurs fois. On remarque aussi l'insomnie et l'agitation nocturne. Dès l'entrée au P. O. P., trois jours après le début des accidents, la température est élevée, et la toxi-infection est trop intense pour céder aux injections sous-cutanées de 10 cc. d'électrargol et à l'ingestion d'un gramme d'urotropine.

Début confusionnel d'emblée manifeste.

OBSERVATION III

P. O. P. — H. 1925. — N° 75.

Marcel N..., âgé de 29 ans, marchand ambulant, est un trépané de guerre. Depuis le 25 avril 1925, il parle constamment des élections prochaines et des candidats à ces élections. Il semble préoccupé par celles-ci outre mesure. De plus, il achète un livre de philosophie, car, dit-il, « il veut être philosophe ». Le 5 mai, il cesse son travail, prétendant qu'on lui veut du mal, qu'on le poursuit, qu'il est malade. Il est triste et paraît avoir des hallucinations : « Tu les vois, ils viennent me tuer. » A la lecture de journaux relatant des massacres en Bulgarie, il craint qu'on ne vienne de là-bas pour le tuer. Pendant les jours qui suivent, il répète les mêmes préoccupations; souvent il regarde dans une glace son visage fatigué, sa langue saburrale et se croit atteint d'une maladie d'estomac.

Le 10, il ne veut pas aller voter, parce qu'il est malade, mais le soir il s'en va au cinéma et sans raison, sort trois ou quatre fois de la salle en cours de séance. Le 11 mai, il va à la caserne Faucher pour révision de pension; au retour, il déclare à sa femme qu'il est fatigué et saute sur son dos afin qu'elle le porte. Puis il lui reproche de ne pas croire « qu'il est un escargot » et pour le lui prouver, grimpe à un arbre. Sa femme se montrant étonnée de cet acte déplacé, il lui déclare « que c'est pour mieux respirer ». De retour chez lui, notre malade grimpe sur le haut de la porte; puis faisant subitement silence, il crie à sa femme : « Tais-toi, j'entends marcher ». Enfin, il casse des carreaux « pour arrêter ses persécuteurs ».

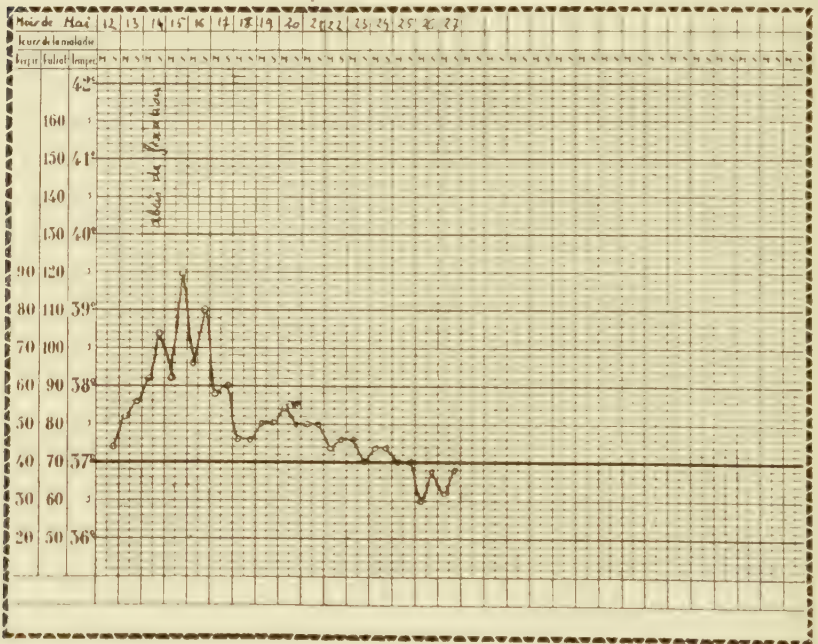
Amené au P. O. P. le lendemain 12 mai, on est en présence d'un homme au facies amaigri, au teint plombé. Son agitation continuelle, ses violences contre le personnel ont obligé à le fixer. Il refuse l'alimentation. Il est désorienté dans le temps et a perdu la mémoire des faits récents; il est impos-

sible de fixer son attention. Tout le long de l'examen, il émet des idées de persécution physique : on lui a envoyé des gaz asphyxiants, on l'empêche d'uriner, on lui a sorti les nerfs, on lui fait passer des courants électriques dans le corps, on veut le tuer.

L'examen physique met en relief l'aspect infecté du sujet, avec son facies tiré, ses lèvres sèches, sa langue sale et son haleine fétide. Il existe une rétention d'urine. La température est à $37^{\circ}3$. Le liquide céphalo-rachidien est normal.

Les jours suivants, l'agitation, la confusion, croissent avec la fièvre. Les bruits du cœur s'assourdissent et on doit donner de la digitaline et de l'ouabaïne. Sous l'influence de la thérapeutique anti-infectieuse, défervescence progressive de la température, diminution de l'agitation. Quinze jours après l'hospitalisation retour complet à la bonne santé, physique et morale.

774. Mariet N. P.O.P. H. 1925-75



Dès le début des troubles mentaux, on saisit l'incoordination de la pensée chez ce malade : désir absurde chez un

marchand ambulant de devenir un philosophe, crainte d'être assassiné par quelque émeutier venant de Bulgarie. Quelques hallucinations semblent être venues signer la confusion mentale. Les idées délirantes ont été inconsistantes, sans aucune suite logique. Tout ceci me permet de ranger cette observation dans les cas où la confusion mentale est d'emblée évidente.

Début pseudo-paranoïaque.

OBSERVATION IV

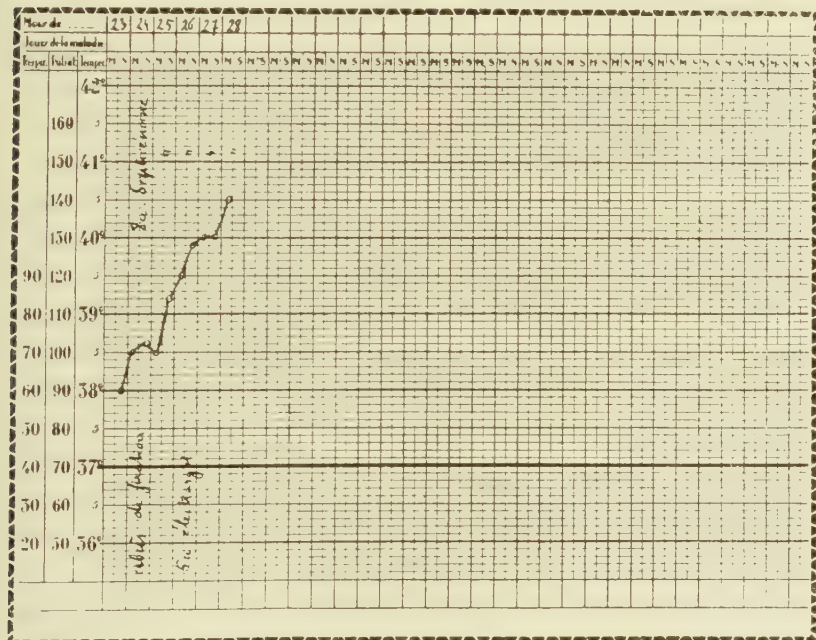
S. 24. — 1927. — N° 1.210.

Marie L..., ménagère de 38 ans, est sans antécédents pathologiques.

Depuis le début de juillet 1927, elle se sent fatiguée, se plaint de lassitude générale, de perte de l'appétit et de céphalées violentes, siégeant au sommet de la tête et surtout matutinales. Ces malaises l'ont obligée à cesser de travailler. Le 15 juillet, sans avoir fait d'excès la veille, elle ressent des pesanteurs d'estomac et se purge au sulfate de soude. Le lendemain matin, elle se sent plus fatiguée, ne peut tenir sur ses jambes, aussi ne peut-elle faire son ménage. En même temps apparaît une diarrhée noirâtre. Le soir, après s'être alitée de bonne heure, elle commence à divaguer. Elle se croit morte, en décomposition, complètement pourrie, réclame un cercueil et menace son mari de le tuer. Un médecin appelé prend la température, qui ne peut être précisée par le mari, lequel se souvient pourtant que le praticien avait déclaré qu'il existait une fièvre légère. Le reste de la nuit est agité. Le lendemain matin, 16 juillet, la malade s'assoupit; au réveil, elle paraît tout à fait normale et n'exprime aucune idée délirante jusque vers la fin de l'après-midi. Vers 6 heures du soir, elle recommence à exprimer les mêmes idées hypocondriaques : ses nerfs sont en décomposition, ses mains ont une odeur de pourriture. La nuit est agitée, puis assoupissement matinal. Du 17 au 20 juillet inclus, les journées et les nuits sont semblables à celles du 16, mais le mari remarque que les périodes de délire vont en augmentant progressivement de durée. Il en existe même quelques-unes au cours des après-midi. La température prise tous les jours est à 37° le matin, et aux environs de 37°8 le soir. La diarrhée est toujours importante. Le 21 juillet, la malade exprime toute la journée ses idées hypocondriaques, elle est très agitée. Les liquides présentés sont immédiatement crachés. Le soir la température est à 38°2. Même état le 22 juillet.

Le 23 juillet au soir, la malade est amenée à la salle 24, dans un état d'agitation intense. Elle est désorientée dans le temps et l'espace, et ne cesse d'exprimer un grand nombre d'idées hypocondriaques, de négation ou de décomposition d'organes. Une hémoculture sur bile et bouillon donnera un résultat négatif. Le taux de l'urée sanguine est de 0 gr. 55. La température est à 38°. Les jours suivants, même état mental; élévation progressive de la température malgré l'abcès de fixation, la septicémie et l'électrargol. Le 27, apparition de la torpeur, et le 28 décès par collapsus cardiaque.

ML Marie L... S. 24. 1927. 1210



Cette observation est une des plus schématiques que j'ai trouvées. D'abord une période de troubles somatiques : lassitude, anorexie, céphalées vives. Puis apparition brutale, que rien ne faisait prévoir, d'idées délirantes d'emblée intenses, de contenu hypocondriaque, qui paraissent plus des représentations mentales vives que l'interprétation erronée de faits réels. Le début en est vespéral, les nuits sont

agitées. Dès le premier jour, on constate un état subfébrile. Le lendemain matin, retour à la normale, reprise vespérale des troubles mentaux et de la fièvre. Dans les jours qui suivent, ces périodes de délire, analogues à celles que l'on constatera à l'hôpital, donc périodes où l'examen psychique eût sans doute décelé la confusion mentale, ces périodes, dis-je, vont en augmentant de fréquence et de durée pour aboutir dès le 21 juillet à un état confusionnel typique, avec température déjà élevée. Avant cette date, cette malade se présentait approximativement comme une délirante systématisée; cependant tous les caractères de ces troubles de l'esprit précédés de troubles somatiques, pouvaient faire craindre l'existence d'un délire aigu primitif au début.

Début pseudo-paranoïaque.

OBSERVATION V

P. O. P. — H. 1929. — N° 13.

Louis B..., âgé de 25 ans, menuisier, a une hérédité psychopathique chargée. J'ai eu à soigner dans la même année toute sa famille. Le père, alcoolique, fut hospitalisé pour dépression mélancolique anxieuse. Son frère a passé quelques jours à la salle 20 pour délire systématisé chronique de persécution. Sa sœur a fait peu de jours avant notre malade un délire aigu des plus typiques, ayant laissé après lui une confusion mentale prolongée. Enfin, la mère serait décédée il y a quelques années à l'asile d'aliénés de la Gironde.

Lui-même est déjà connu du service; il y a fait un court séjour en 1928, et il en est sorti avec le diagnostic de débilité mentale. Antérieurement, il avait été hospitalisé en médecine générale pour une pleurésie de la base droite.

Depuis le milieu du mois de janvier 1929, il est, paraît-il, taciturne; contrairement à ses habitudes, il découche souvent, passe ses soirées dans un café où il ne parle à personne et ne commet pas d'excès alcooliques. Il ne semble pas s'apercevoir de la fermeture de l'établissement, et l'on est obligé de le faire sortir. Le 30 janvier, il se présente seul à la consultation des maladies nerveuses et mentales; il vient, dit-il, demander des conseils parce qu'il est persécuté par une vieille dame de 70 ans qu'il connaît. Un jour, tout récemment, elle l'a invité à dîner, elle a fait devant lui des gestes obscènes, et même a tenté d'abuser de lui. A ses aliments elle a mélangé des substances aphrodisiaques dont il a ressenti les effets le soir. Cette dame lui a pris dans son portefeuille un billet de cinq francs, mais en a laissé un de dix placé à côté. Enfin, elle l'a chargé de prendre en filature un amant qui vient de l'abandonner. Et notre malade est persuadé que s'il n'obéit pas, cette vieille dame va lui jeter un mauvais sort. Aussi voudrait-il bien savoir ce qu'il doit faire pour conjurer ce sort. Un examen somatique rapide ne montre rien d'anormal, sauf un aspect fatigué assez marqué. Le Pr. Abadie conseille à ce malade

d'entrer à l'hôpital pour se reposer; mais il refuse et s'en va. Le diagnostic porté est le suivant : « idées délirantes, probablement passagères, chez un débile mental ».

A la contre-visite du dimanche 3 février, je retrouve ce malade dans une cellule du P. O. P. Des agents de police l'ont trouvé sur la voie publique se livrant à diverses excen- tricités. Notamment il a arrêté un tramway, en gesticulant devant la machine au risque de se faire écraser; puis il s'est précipité sur une dame et a essayé de lui arracher son sac après l'avoir ouvert. Conduit à la permanence, on a trouvé sur lui un carton portant son nom et un numéro d'ordre pour les registres de la consultation des maladies mentales. Aussi l'a-t-on dirigé immédiatement sur le P. O. P. Il nous a été impossible de savoir ce que ce malade avait fait entre le 30 janvier et le 3 février. Il n'a pas paru à son domicile, et lui-même, après retour à la lucidité, n'a conservé aucun souvenir se rattachant à ce laps de temps.

A son entrée, il est calme, pâle, les traits tirés; couché dans son lit, il me regarde d'un air méprisant, répond sèchement avec un certain retard et d'une manière imprécise aux questions d'identité. Son adresse? son âge? « Je ne sais pas ». Il est désorienté dans l'espace, se croit dans sa chambre et ne me reconnaît pas. Aux demandes d'explications sur les faits qui l'ont amené à l'hôpital, il donne des réponses incohérentes: « il a tenté de voler un sac... pour essayer sa force... pour le mariage... », arrêté, il a déclaré pour se disculper « que J... (un policier connu) était un homme... ce qui a eu beaucoup d'effet sur le commissaire ».

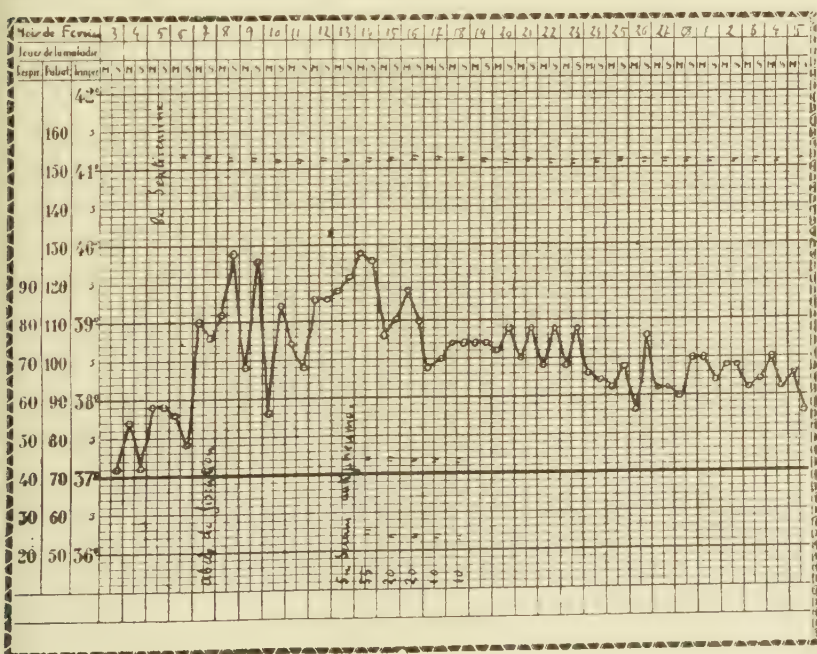
L'examen physique décèle un état saburral des voies digestives, de l'éréthisme cardiaque et des frottements pleuraux discrets à la base droite, sans doute séquelles de la pleurésie ancienne. La température inguinale s'élève à 37°2. Le lendemain, 4 février, même état : calme, désorientation partielle, incohérence complète des propos. Température : matin, 37°7, soir, 37°2. Dans la nuit, apparition d'une agitation violente, il crie, déambule dans la cellule, frappe à coups d'épaule contre la porte dont il brise la chaîne extérieure, et brutalise le veilleur.

Le 5 au matin, grosse agitation incessante. Il hurle, se débat, mord, crache à la figure de ceux qui l'approchent. La désorientation est complète. On est obligé de changer trois fois dans la journée sa camisole entièrement trempée par la sueur. Température : 37°9 matin et soir. On commence dès

ce moment la thérapeutique anti-infectieuse : 8 cc. de septicémie intra-veineuse. Purgation.

Pendant les jours suivants, l'état mental reste le même. La fièvre est ascendante; on pratique un abcès de fixation. Des sibillances ont envahi les deux poumons : enveloppements sinapisés répétés. Le 12 février, apparition d'un foyer broncho-pneumonique de la base droite, contre lequel on lutte par la révulsion et des injections répétées de sérum anti-pneumococcique. Dans les jours qui suivent, disparition lente et progressive de l'agitation. Aux environs du 27 février, notre malade commence à s'éclairer légèrement. La broncho-pneumonie évolue d'une façon trainante. Vers le milieu de mars, retour au calme et à la lucidité complète. Persistance d'un état subfébrile (37-38) en rapport avec le foyer broncho-pneumonique. Fin avril, cet homme sort, guéri de son délire aigu et des accidents pulmonaires survenus dans le cours de celui-ci. Il garde une amnésie lacunaire à peu près complète, d'où émergent seulement quelques souvenirs relatifs à son arrestation, de toute la période qui s'étend entre le 30 janvier et le début de mars.

M. Louis B. P.O.P. H. 1927 - 13



La confusion mentale existait d'emblée chez ce malade : très légère au début, elle explique ces longues stations au cabaret, dans un état de demi-torpeur dont on le tire avec peine à l'heure de la fermeture. Par la suite, elle est responsable des idées délirantes que l'on constate le 30 janvier. Leur polymorphisme, leur absurdité, leur manque de consistance, l'aspect fatigué du sujet, eussent sans doute fait rechercher, par une observation trop longue pour une consultation surchargée, d'autres signes se rattachant à la confusion mentale. Un état crépusculaire existait déjà à cette date, puisque le malade n'a conservé que des souvenirs très vagues de la consultation et de sa rencontre avec la vieille dame. Puis la confusion devient évidente, se traduisant par la désorientation partielle, l'incohérence des propos et des actes. Enfin, et c'est là un fait sur lequel j'insiste, le traitement anti-infectieux a été commencé avant l'apparition de la période d'agitation, alors que le malade était tout à fait calme, avec une température n'ayant pas dépassé 38°.

Début pseudo-mélancolique.

OBSERVATION VI

P. O. P. — F. 1928. — N° 200.

Emma M..., ouvrière, âgée de 29 ans, est bien portante jusqu'en novembre 1929. Vers le 16 de ce mois, son mari remarque qu'elle paraît attristée; elle prétend sans l'expliquer, que ses patrons ne sont pas contents de son travail, qu'ils vont la renvoyer parce qu'elle est une mauvaise ouvrière (ce qui est inexact). Elle néglige son ménage, laisse brûler son dîner, reste tantôt immobile sur une chaise, tantôt elle s'occupe à quelque chose, mais son activité est diffuse et incoordonnée, et n'aboutit à rien. Elle se plaint de souffrir de la tête, dort mal, et reprend constamment le thème de ses idées d'indignité professionnelle. Les jours qui suivent, elle ne va pas travailler, elle reste chez elle tantôt couchée, tantôt déambulant dans son appartement; elle semble indifférente au monde extérieur, mais cependant parle facilement quand on l'interroge; au thème délirant de la veille, elle ajoute des idées d'indignité conjugale: elle est une mauvaise épouse parce qu'elle fait souffrir son mari. Celui-ci prend la température de sa femme, elle est de 37°6 le 20 novembre. Le 21, en rentrant, il la trouve en train de se frapper avec un inoffensif jouet d'enfant, pour se tuer, dit-elle. Dans la nuit, elle se lance à plusieurs reprises contre le mur, puis veut prendre le revolver de son mari.

Amené au P. O. P. le 23 novembre, on constate chez elle de nombreuses idées d'indignité: elle est une criminelle, une mauvaise mère, une mauvaise épouse, une mauvaise ouvrière; elle déclare néanmoins vouloir faire de la peine à son mari; elle répond facilement, parle avec assez de volubilité et n'a pas le semi-mutisme, la réticence des vrais mélancoliques et leur immobilité, elle est même légèrement agitée. L'orientation dans l'espace et dans le temps est relativement bonne, mais on constate des erreurs mnésiques importantes relatives aux faits récents ou plus anciens, comme les dates de la dernière guerre. Des épreuves classiques montrent des troubles assez grossiers du jugement et du raisonnement.

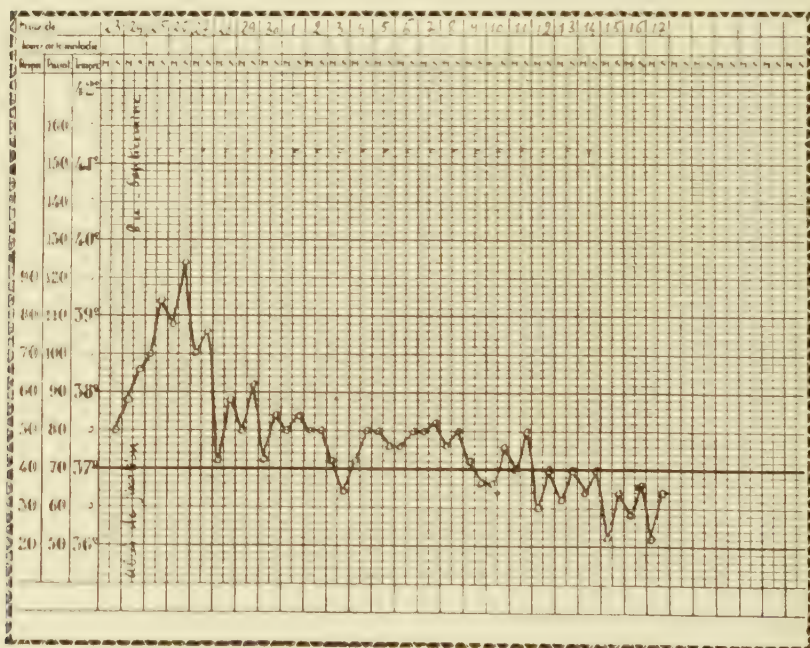
L'examen physique, rendu assez difficile à cause de l'opposition de la malade, montre seulement une langue sale et une température vespérale de 37°5.

Le lendemain, après une nuit légèrement agitée, augmentation de la confusion mentale, température à 37°9 et le soir à 38°4. Le pouls est rapide et petit, et on pratique immédiatement un abcès de fixation, une injection intra-veineuse de septicémine et xxx gouttes d'ouabaïne per os.

Au bout de cinq jours, la température qui était montée à 39°7 tombe entre 37° et 38° pour s'y maintenir quinze jours avant de revenir à la normale. L'état mental s'améliore très lentement, laissant longtemps un certain ralentissement psychique.

Deux mois après son entrée à l'hôpital, alors qu'elle allait partir, la malade fait une poussée de furonculose, avec abcès profonds à staphylocoques: elle part guérie, en convalescence chez ses parents à la campagne, tout à fait normale. Puis au mois de mai, au début d'une période de tristesse et de ralentissement psychique dont l'entourage commence à s'inquiéter, on la trouve pendue au grenier, laissant une lettre où elle exprimait des idées délirantes d'indignité.

7/2 Emma M... P.O.P. F 1928 - 200



Cette observation montre un délire aigu à début pseudo-mélancolique. Bien des signes pouvaient faire penser à une mélancolie vraie : le ralentissement de l'activité, l'indifférence apparente, la concentration de l'esprit sur des idées délirantes d'indignité, les tentatives de suicide. Cependant quelques signes étaient anormaux et me paraissaient relever d'une confusion mentale à son début; cette pseudo-mélancolique tantôt immobile se levait pour déambuler chez elle, s'occupait de plusieurs choses sans pouvoir aboutir à un résultat, traduisant sans doute par ses actes l'incoordination de sa pensée. Elle se croit mauvaise épouse parce qu'elle fait souffrir son mari, et pourtant exprime le désir contradictoire de lui faire de la peine. Sa première tentative de suicide est puérile, bien différente des suicides mélancoliques longuement et savamment préparés, comme celui qui a mis fin à ses jours.

Début pseudo-mélancolique.

OBSERVATION VII

P. O. P. — H. 1929. — N° 56.

Louis B..., cultivateur, âgé de 34 ans, est amputé d'une jambe pour blessure de guerre. De caractère habituellement triste, il est bien portant jusqu'en mai 1929. Vers le troisième jour de ce mois, il déclare brusquement qu'il ne veut plus aller travailler, parce qu'il s'ennuie, parce qu'on lui veut du mal et qu'on veut le tuer. Il semble se méfier de tous ceux qui l'approchent, passe sa journée à se promener de long en large dans sa maison, répétant sans cesse qu'il est en proie à la malveillance de tous. Le 4 mai, toujours dans le même état, il prend son fusil et déclare vouloir se suicider après avoir tué ses enfants et sa femme. Celle-ci le désarme et s'aperçoit que le fusil avec lequel il la menaçait n'était pas chargé. La journée est semblable à la précédente, mais notre malade paraît plus triste; il boit et il mange plus que normalement. La nuit est agitée, il sort de son lit plusieurs fois pour se promener dans sa chambre. Le 5 mai, crise de larmes, lamentations; il répète : « Que je suis malheureux, pourtant je n'ai rien fait. » Il cherche à se jeter dans un puits « parce qu'il est trop malheureux ». Le 6 et le 7 mai, même état : pleurs, lamentations : « on lui veut du mal, jamais il ne sortira de la situation dans laquelle il se trouve... Tout est perdu ».

Le 8 mai, au P. O. P., à 5 heures du matin, il passe la tête en forçant dans le trou (plus petit qu'une tête normale) sous lequel se trouve le seau hygiénique. Il accroche le rebord du trou avec ses dents et on ne peut le sortir de cette position qu'en brisant le ciment. Puis il crie, paraissant terrifié : « Sauvez-moi, tuez le dragon ! »

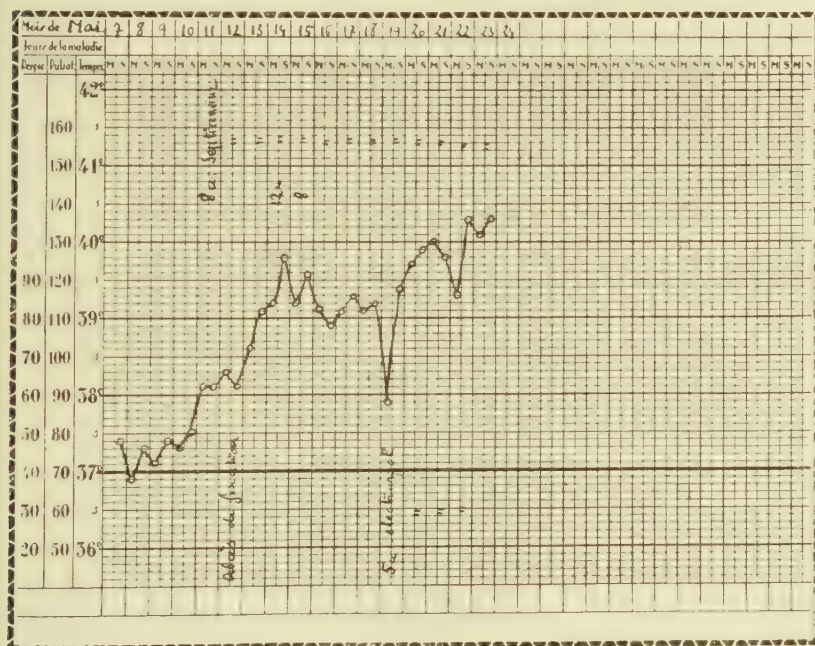
A l'interrogatoire, il oppose un mutisme absolu et essaye de briser les entraves que son agitation a rendues nécessaires. L'examen des organes ne permet pas de déceler des troubles importants. La langue est sale, le malade est constipé. La ponction lombaire montre un liquide normal; une hémoculture reste négative. Il existe une albuminurie légère à 12 centigr.

La température inguinale se maintient entre 37° et $37^{\circ}5$ le soir, pour monter à 38° le matin du quatrième jour.

Les 8, 9 et 10, l'état est le même, quoique le mutisme soit moins complet et que le malade réponde aux questions par quelques monosyllabes. Il paraît désorienté.

A partir du 13, l'agitation diminue, remplacée par une torpeur progressive. La température est élevée, le cœur fléchit et le décès survient dans la nuit du 23 mai par collapsus cardiaque, malgré la thérapeutique mise en œuvre : purgation et lavements, 8 cc. de septicémine intra-veineuse par jour, 5 cc. d'électrargol intra-musculaire, abcès de fixation, 100 gouttes de digitaline per os en quatre jours, huile camphrée quotidienne.

M. Louis B. — P.O.P. — 1929 — H. 56



L'apparition brutale soudaine d'idées délirantes de persécution, de ruine, de déchéance chez un individu jusqu'à sain d'esprit, sent la confusion mentale, en raison de la brusquerie de l'apparition, de l'intensité immédiate des idées délirantes au point d'interrompre le cours habituel

des occupations. On n'assiste pas à un tel début au commencement des délires systématisés chroniques, des délires passagers du débile, des idées délirantes des déments précoces. On se trouve en présence d'une mélancolie délirante à début brusque, avec des caractères un peu particuliers : le malade ne semble pas avoir interprété ce qui l'entoure dans le sens de son délire, mais avoir accepté sans discussion des idées nées en lui et sans relation avec le monde extérieur, comme libérées par la mise en jeu de l'activité subconsciente. Ses tentatives de suicide, clairement énoncées, sont mal réglées : le fusil n'était pas chargé. Enfin, cette pseudo-mélancolie délirante s'accompagne d'un état subfébrile, plus de 37° à l'aîne le matin, température constatée au début de la mise en observation, avant l'apparition des accidents graves.

Début pseudo-mélancolique.

OBSERVATION VIII

P. O. P. — H. 1928. — N° 80.

Adolphe S... est un mécanicien de 39 ans. Vers la fin de mai 1928, il devient irritable. Il prétend être surmené à l'atelier, alors qu'en réalité il n'a pas plus de travail que d'habitude; au contraire, il travaille moins et moins bien. Il oublie des instruments de travail qu'il laisse traîner à droite et à gauche. Il manifeste sans raison la crainte d'être accusé d'indécatesse et se montre préoccupé de ne pas avoir reçu sa carte d'électeur. Ses nuits sont agitées et il perd l'appétit. Le 8 juin, son patron lui conseille de se reposer jusqu'à la fin du mois, et notre malade paraît très affecté par ces paroles.

Le 9, l'entourage le trouve triste, concentré sur lui-même, parlant peu et prétendant que tout le monde lui veut du mal, qu'on sabote son travail, qu'on va l'arrêter et le condamner. Quand on lui en demande la raison, il répond invariablement : « Pour ça, pour ça, pour là ».

Le 10, son patron lui annonce qu'il lui a trouvé un travail moins fatigant. Notre malade l'accuse de lui créer des ennuis, de saboter son travail. Il reste chez lui jusqu'au 21 juin sans rien faire, concentre en lui-même, semblant poursuivre une idée. Il sort l'après-midi et se promène avec sa femme. Le 21 juin, il part à la campagne, il se couche dans une prairie, et là, est en proie à une agitation que tout le monde remarque. Le lendemain matin, après une nuit d'insomnie, il appelle son beau-père et lui dit : « Lève-moi, tu me feras pardonner »; il déclare à sa femme qu'il veut être heureux, car il aura cent mille francs, deux autos, etc... Il se fâche et menace sa femme qui le contredit. Le 23 et 24 juin, l'agitation est intense, il hurle, tient des propos les uns incohérents, les autres obscènes, menace et brutalise ceux qui l'approchent.

A son entrée au P. O. P., le 24 juin, on constate une confusion mentale profonde, avec agitation psychomotrice intense; de plus, signes de toxi-infection généralisée, température déjà

élevée. Liquide céphalo-rachidien normal. Le décès se produit le 28 juin par collapsus cardiaque, malgré une thérapeutique énergique, mais trop tardivement entreprise.

C'est l'histoire d'un délire aigu qui a été traité trois jours seulement après que la confusion mentale eut été évidente, trois jours sans doute après l'apparition d'une fièvre élevée. Au début, le diagnostic de délire aigu incipiens eût été bien délicat; cependant, quelques signes comme l'agitation nocturne, comme l'absurdité de son invariable réponse aux questions portant sur ses idées délirantes auraient pu faire soupçonner un léger obscurcissement de la conscience et amener à rechercher d'autres symptômes plus nets de confusion mentale.

Début pseudo-mélancolique.

OBSERVATION IX

P. O. P. — F. 1927. — N° 38.

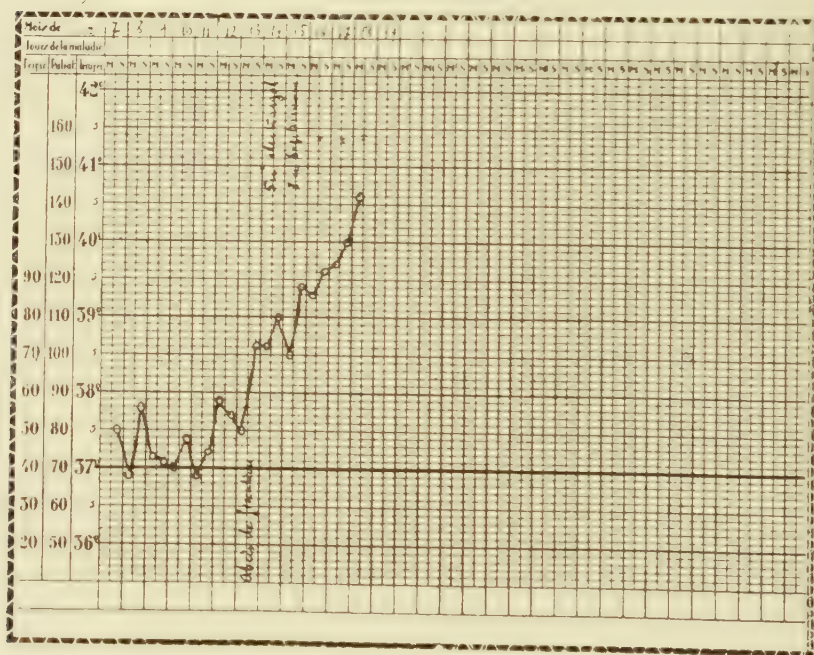
Justine L..., âgée de 40 ans, a fait, de concert avec son mari, vers le 1^{er} mars 1927, l'achat d'un restaurant. Dès cette date, l'entourage la trouve bizarre, elle craint sans raison de ne pouvoir payer les dettes contractées, elle a peur d'être mise en prison. Durant les jours qui suivent, elle ne cesse de manifester son anxiété, de répéter ses craintes. La nuit, elle ne dort pas. Le 6 mars, au matin, elle veut rester au lit, dit souffrir de la tête et ne veut pas manger; elle paraît très préoccupée tout le long de la journée. Le lendemain, 7 mars, elle veut se lever, s'habille, passe la matinée sans rien faire; elle parle de se suicider.

Entrée au P. O. P. le soir même, elle est dans une inertie complète, son activité étant réduite à des grimaces assez nombreuses. Le mutisme est absolu. L'expression du visage reflète plus l'égarement que la concentration. Les jours suivants, notre malade reste calme, repoussant la nourriture, négligeant les soins de propreté et gâtant par intermittence. Son regard, très mobile, paraît légèrement inquiet; les quelques réponses qu'on peut tirer d'elle sont laconiques et méfiantes. L'orientation paraît bonne dans l'espace; elle sait être au début de mars, mais ignore le quantième et le jour. L'examen de la mémoire montre un léger déficit portant sur les faits récents. Interrogée sur ses préoccupations, elle déclare que son mari est malade, qu'il est même sans doute mort, et accompagne cette phrase d'un sourire. Elle s'anime en parlant de son commerce, des mauvaises affaires qu'elle fait et du déficit ainsi créé dans son budget. Au point de vue affectivité, elle paraît triste, prétendant s'ennuyer et désirer la mort; elle est inquiète et méfiante, comme en témoignent ses regards sur les personnes et les objets qui l'entourent. Elle refuse de prendre du lait qu'on lui apporte « parce qu'il n'est pas normal ». On lui demande si elle le croit empoisonné, elle répond vive-

ment : « Oh non ! Croit-elle qu'il contient des médicaments ? » « c'est plutôt ça ». Au cours de l'interrogatoire, on note un certain nombre d'attitudes théâtrales et quelques sourires stéréotypés. L'examen physique montre seulement une langue saburrale, un léger état subfébrile, un pouls accéléré à 110 pulsations par minute. Les selles, irrégulières, ne sont émises que grâce à des purgations répétées.

Le 11 mars, par suite de l'encombrement du P. O. P., on décide de l'envoyer à l'asile. Le certificat d'internement conclut à une dépression mélancolique anxieuse. Le 12, avant son départ, on constate une élévation de la température, et le transfert à l'asile est différé. Rapidement apparaît la confusion mentale avec agitation : signes de toxi-infection généralisée, hyperthermie et albuminurie (1 gr. 80), décès le 13 mars par myocardite.

77/ Justine L. 2002. 2. 1924



Cette observation est instructive, car le début du délire aigu a simulé, jusqu'à s'y méprendre, une mélancolie anxieuse. De plus, on possède, au cours de cette période

d'invasion, un examen psychiatrique, et rétrospectivement celui-ci a permis de voir qu'il existait certains signes paradoxaux pour une mélancolie anxieuse. Cette malade a l'air plus égarée que concentrée; alors qu'elle est inerte, on note quelques grimaces sur son visage; puis lorsqu'elle sort de son mutisme, on aperçoit quelques sourires stéréotypés, même lorsqu'elle parle de son mari qu'elle croit mort; elle a quelques attitudes théâtrales; certaines de ses réponses sont plus vives qu'il n'est de règle chez les mélancoliques. Cette femme est légèrement désorientée dans le temps (il est vrai que certains mélancoliques font sur ce sujet des réponses inexactes, par défaut d'intérêt au monde extérieur). Et surtout cette malade est légèrement fébrile, et, signe sur lequel insistaient les auteurs anciens, son pouls est accéléré. Il y a là tout un ensemble de symptômes psychiques et physiques qui ne cadrent pas bien avec une mélancolie anxieuse, et qui peuvent relever d'un fond de confusion mentale.

L'état de dépression psychique et psycho-motrice, avec ses quelques caractères discordants, n'aurait été dans ce cas, à mon avis, que l'expression sémiologique de la confusion mentale. Un traitement anti-infectieux institué dès le début eût peut-être sauvé cette femme.

Début pseudo-mélancolique.

OBSERVATION X

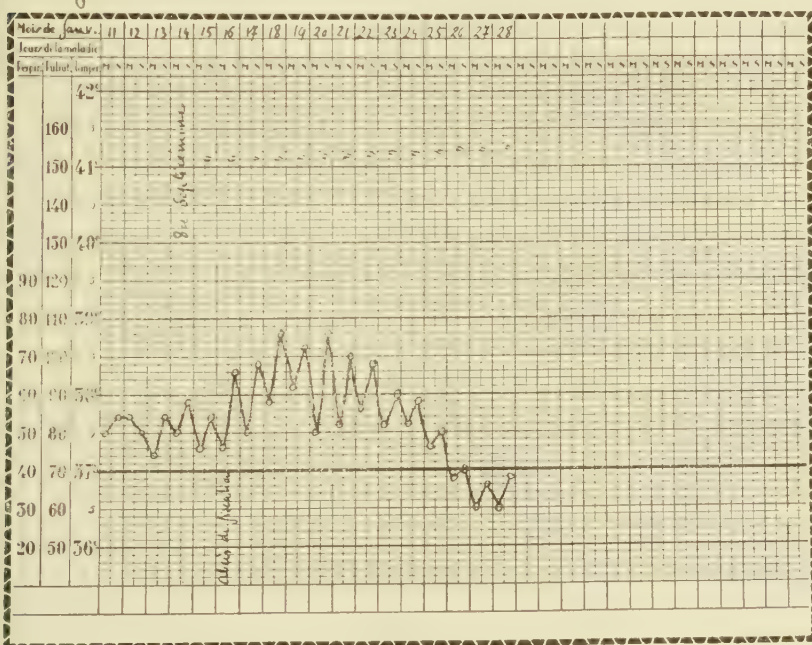
S. 24. — 1929. — N° 1.590.

Jeanne B..., âgée de 22 ans, coupeuse, est la sœur du malade de l'observation V. A l'âge de 4 ans, elle aurait eu une tumeur blanche du genou pour laquelle elle serait restée hospitalisée deux ans à l'hôpital des enfants. En septembre 1928, elle a perdu sa mère, et depuis elle s'est surmenée, la remplaçant dans ses fonctions ménagères, en même temps qu'elle continue sa profession.

Depuis les derniers jours de décembre 1928, son père remarque qu'elle tient quelques propos anormaux, elle prétend qu'à l'atelier on lui veut du mal; son patron et les autres ouvrières la regardent, parlent d'elle. En rentrant chez elle le samedi 4 janvier dans l'après-midi, elle dit avoir été suivie par le commissaire de police qui va venir l'arrêter, parce qu'elle a fait du mal aux autres à l'atelier. Elle mange peu, et seulement parce que son frère insiste pour qu'elle prenne de la nourriture. Dans l'après-midi, elle dit à son père et à son frère qu'elle va les quitter, qu'elle en a assez, que sa mère est bien heureuse là où elle est et qu'elle l'appelle. Elle reste toute la journée debout sans vouloir s'asseoir. Le dimanche 5, même état après une mauvaise nuit; elle reste debout sans vouloir ni manger ni parler. Le 6, elle va à l'atelier, mais ne travaille pas : « parce qu'elle ne peut pas », dit-elle. Elle passe son temps à regarder ses camarades et prétend que tout le monde la regarde. Au déjeuner, elle mange peu et parle peu, s'occupe de la cuisine et de la vaisselle. Son patron lui ayant doublé son mois (comme tous les ans au mois de décembre), elle prétend qu'elle a demandé une augmentation et qu'elle a eu tort parce que son patron n'est pas riche et qu'il perd de l'argent. Celui-ci du reste ne veut plus d'elle parce qu'elle ne peut plus travailler (en réalité, la voyant fatiguée, il lui a proposé quelques jours de congé pour se reposer). Elle dort peu dans la nuit du lundi au mardi. Le mardi 7, elle veut

partir à l'atelier, mais sa famille l'en empêche de crainte d'une tentative de suicide. Restée seule sous la surveillance d'une nièce de 11 ans, elle en profite pour descendre dans la cour, va prendre une corde, l'attache comme pour étendre du linge, mais la laisse assez lâche pour pouvoir au milieu y ménager une boucle. Elle y passe la tête et se laisse tomber à la renverse. Mais entendant descendre sa nièce, elle se libère elle-même et se relève. Elle reste sur place et sa nièce a grand-peine à la faire remonter dans sa chambre, sans qu'elle ait dit un mot. Au retour de son père, elle le supplie de la laisser partir. Celui-ci fait venir un médecin que la malade a vu souvent et qu'elle ne semble pas reconnaître. Arrivée devant l'hôpital, elle refuse d'entrer, car elle croit que c'est la prison.

M^{lle} Jeanne B ... S. 24. 1929. 1590



L'examen psychique, en date du 12 janvier, note que depuis son entrée, la malade reste assise dans son lit pendant des heures, ou bien se lève, sort de sa chambre et essaye de s'échapper. On a été obligé de la fixer. Le regard est fixe, le facies est plus égaré que concentré. Elle ne dit pas un mot et ne répond à aucune question; elle refuse de manger et on

doit la gaver. D'une façon générale, elle s'oppose à tout ce que l'on veut lui faire faire, sans sortir de son mutisme absolu. Si on veut l'étendre après la ponction lombaire, elle reste obstinément assise, si, au contraire, on veut l'asseoir pour l'ausculter, elle résiste pour demeurer couchée. La température se maintient aux environs de 37°8 sans jamais descendre au-dessous de 37°. A partir du 16, elle dépasse 38°. En même temps apparaissent une agitation légère et des signes de défaillance du myocarde, nécessitant l'administration de solubaïne. Le 26 janvier, après une défervescence en lysis, la température est descendue au-dessous de 37°. La malade persiste dans son mutisme et son négativisme, elle est envoyée à l'asile le 28 avril 1929. Après une sortie à l'essai en août 1930, elle y est reconduite et au mois de septembre 1930; le diagnostic des médecins de l'asile de Château-Picon est : *démence précoce à début post-infectieux*.

A l'entrée de la malade à l'hôpital, tous les signes militaient en faveur d'une mélancolie. Seules pouvaient surprendre la mauvaise organisation de la tentative de suicide (la malade se libère elle-même), la non-reconnaissance du médecin et de l'hôpital qui est pris pour une prison. Mais ces deux derniers points peuvent se voir chez de vrais mélancoliques. Il n'y avait qu'un seul signe vraiment caractéristique : la présence d'un état subfébrile. Et c'est à cause de ce signe que, le 14 janvier, le Professeur Abadie ordonnait de commencer les injections intra-veineuses de septicémine et de faire un abcès de fixation. La précocité de la thérapeutique a atténué l'intensité de l'infection générale qui, néanmoins, a dû léser l'écorce cérébrale assez profondément pour y laisser des dégénérescences cellulaires responsables de l'état dementiel consécutif.

Début hallucinatoire.

OBSERVATION XI

P. O. P. — F. — 1927. — N° 43.

La famille de Jeanne R..., âgée de 26 ans, remarque que depuis le début de janvier 1927, cette jeune fille est sombre et maussade, elle paraît s'ennuyer et souvent, sans raison apparente, on la trouve en train de pleurer, elle dit souffrir de la tête. Dans la nuit du 10 au 11 mars, à 2 heures du matin, elle se rend chez sa sœur qui habite une maison située à côté de la sienne; elle se plaint d'entendre des automobiles, et des gens qui parlent sous ses fenêtres. On la rassure et on l'accompagne chez elle. A 5 heures du matin, son beau-frère va la voir; elle est agitée, entend des voix et leur répond. Ces voix paraissent la menacer, car elle leur dit : « Vous ne me prendrez pas, vous ne me ferez pas de mal. » Du reste, elle accuse ses voisins de la calomnier, de vouloir lui faire du tort. A la fin de la matinée, elle est calme et se rend compte qu'elle a déraisonné; pourtant elle affirme avoir entendu des voix qu'elle tient maintenant pour non réelles. Dans l'après-midi, l'agitation réapparaît; les gestes sont brusques, et l'activité n'est pas coordonnée; elle n'aboutit à rien d'utile; seule la toilette est faite correctement. Vers 6 heures du soir, elle entend de nouveau des voix, ce sont les mêmes que dans la nuit précédente, et ces voix continuent à la calomnier. Le 12 janvier, même état : alternances de calme et d'agitation, retour vespéral des hallucinations auditives avec exacerbation de l'agitation. Le 13, période d'agitation violente qui dure une heure et demie; elle brise divers objets, crie qu'on veut la tuer, se débat contre sa sœur qui veut la calmer, puis retour au calme; alors notre malade demande à manger, déclare comprendre qu'elle est folle et s'enferme dans sa chambre. Dans la nuit, reprise de l'agitation et des hallucinations; elle va voir à la porte qui l'appelle. Le 14, le 15 et le 16, l'état est le même, elle se plaint de violentes céphalées et refuse l'alimentation. Le 17, elle se lève, puis s'habille et se déshabille plu-

3 millions d'hématies; présence de kystes de lamblia et d'œufs de trichocéphale dans les selles. L'albuminurie a disparu. A partir du 29, amélioration lente et progressive de l'état mental, les hallucinations auditives persistent encore et la malade reste longtemps confuse. Elle sortira de l'hôpital le 3 mai complètement guérie.

C'est un délire aigu avec début à forme hallucinatoire, après une longue période de tristesse morbide. Ce qui est le plus intéressant et qu'on saisit bien dans cette observation, c'est le caractère intermittent de la confusion mentale qui évolue par bouffées successives à prédominance vespérale et nocturne. Et dans l'intervalle de ces bouffées de confusion avec agitation et hallucinations, on note le sentiment net chez la malade de l'apparition des troubles mentaux; la netteté de celui-ci s'estompe à mesure que la confusion augmente. Enfin, la courbe de température relativement peu élevée montre l'influence du traitement.

Début hallucinatoire.

OBSERVATION XII

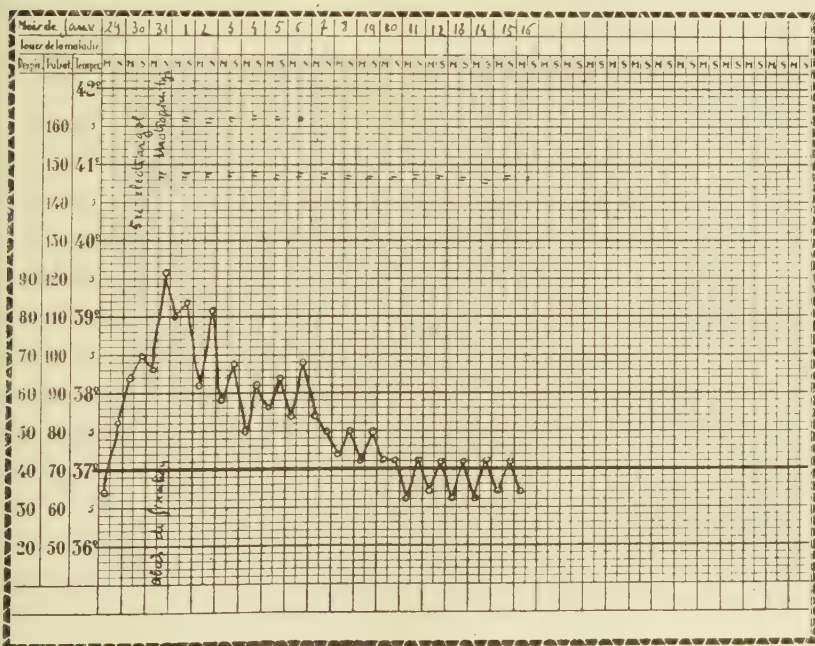
P. O. P. — F. — 1924. — N° 21.

Léontine F..., âgée de 31 ans, a été soignée en maison de santé à partir du 6 janvier 1924 pour une sinusite maxillaire avec fièvre élevée. On lui a fait des ponctions et des lavages. Le 10 janvier, la fièvre est tombée, elle paraît en bonne santé, mais son mari remarque qu'elle est plus gaie que d'ordinaire, qu'elle rit plus que de coutume.

Le 26 janvier, cette femme est tout à fait normale dans la matinée. Le soir, elle prétend avoir vu toute sa vie écrite dans tel numéro d'un journal illustré. Il y avait même le nom de ses amis et il était écrit qu'il fallait beaucoup souffrir pour guérir; aussi souffre-t-elle atrocement. Elle prétend qu'on lui tient son repas au chaud pour lui infliger une pénitence et que les infirmières veulent la tuer. Elle insiste pour que son mari passe la nuit à la clinique, elle ne dort pas, elle dit perdre tout son sang (elle est en effet à la fin de ses règles). Elle voit et elle entend les infirmières aller et venir en disant : « Sainte Vierge, qu'elle souffre ! » et elle dit souffrir énormément. Le 27 janvier, on ramène la malade chez elle, car l'état de son sinus ne nécessite plus les soins dans une maison de santé. Arrivée à son domicile, elle réclame sa voisine, disant qu'elle veut la voir avant de mourir, car elle perd tout son sang. Elle répète qu'elle a vu toute sa vie sur le journal illustré, en parle toute la soirée, ainsi que d'une maison récemment achetée. Un médecin appelé ordonne une purgation pour faire cesser une constipation de quatre jours et du bromure pour la faire dormir. Le 28, après une nuit calme, elle déclare qu'elle est belle, « car elle a toutes ses dents et la figure de sainte Patrice »; elle fait essayer une de ses robes à sa sœur, puis lui déclare qu'il est mal de s'habiller avec les vêtements d'une mourante. Elle prétend « qu'on veut l'empoisonner avec du lait sucré » qu'elle est déjà morte et ressuscitée.

Arrivée au P. O. P. on remarque un certain degré d'excitation psycho-motrice : gesticulation, déambulation, déshabillage, qui nécessitent la fixation dans le lit. Elle est désorientée dans l'espace, se croit en classe, prend la sœur « pour une anatomiste ». Elle prétend avoir eu et avoir à l'instant même des rapports sexuels avec des médecins qu'elle nomme. L'examen somatique ne montre aucune lésion ; le liquide céphalo-rachidien est normal ; les urines contiennent des traces d'albumine. La température est à $36^{\circ}8$ le matin pour s'élever à $37^{\circ}6$ le soir et $38^{\circ}2$ le lendemain, date à laquelle est commencée la thérapeutique anti-infectieuse : électrargol sous-cutané, urotropine per os, abcès de fixation. Dans les jours qui suivent, l'état général reste stationnaire. La confusion persiste et l'agitation s'accroît. Ce n'est que vers le vingtième jour, après défervescence de la température, que la malade retrouve une complète lucidité, mais il persiste des modifications du caractère, hyperémotivité, maniérisme, puérilisme. Elle est mise en liberté après un traitement au cacodylate de soude.

771 - Léonine F... P.O.P. F.-1924 - 21



Si l'on peut contester au délire aigu son caractère pri-

mitif, car il survient vingt jours après une sinusite maxillaire, cette observation n'en est pas moins intéressante, car elle montre un début onirique à peu près pur. Les premiers symptômes apparaissent le soir, la malade exprime des idées qui ressemblent au récit d'un rêve par leur polymorphisme, leur absurdité, leur défaut d'enchaînement logique : elle interprète ses hémorragies cataméniales, le va-et-vient des infirmières comme le dormeur interprète ses sensations cœnesthésiques et les bruits confus qui l'entourent. Quelques idées délirantes de persécution apparaissent : on veut l'empoisonner avec du lait sucré ; la malade ne discute pas ces idées, elles paraissent s'imposer à son esprit comme la vision ou la trame d'un songe. Dans le cas présent, la confusion mentale a eu pour effet premier la mise en liberté de l'activité sensorielle, visuelle, auditive et cœnesthésique, avant l'apparition de l'agitation.

Début pseudo-maniaque.

OBSERVATION XIII

P. O. P. — F. — 1925. — N° 25.

Hélène R..., institutrice, âgée de 32 ans, a des antécédents familiaux assez chargés. Son père, qui joue à la Bourse, aurait présenté quelques signes de déséquilibre mental. Sa mère, très dure, manifesterait de temps à autre des idées de persécution. Enfin, elle a une sœur qui est probablement comitiale.

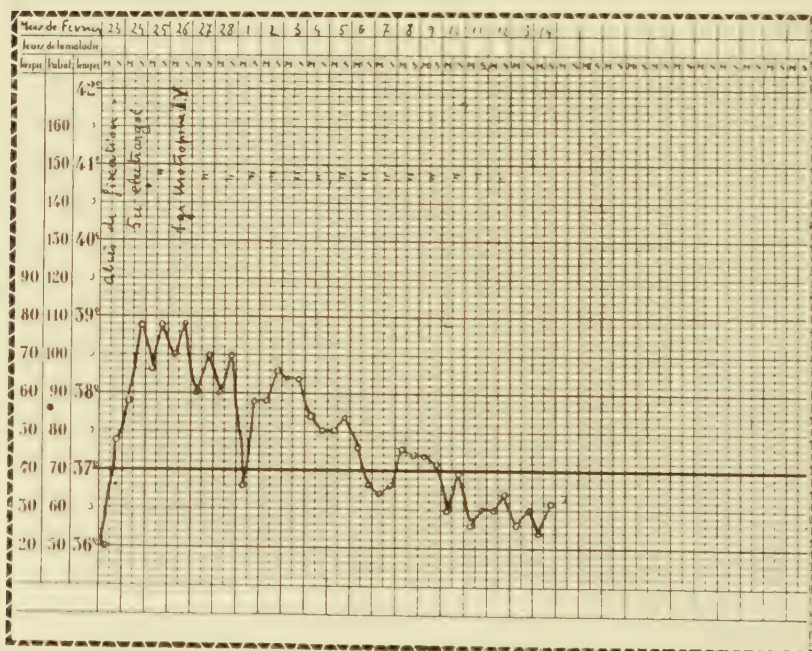
Depuis le début de 1925, Hélène R... exprime parfois des idées de persécution, assez inconsistantes et auxquelles ses compagnes ne prêtent pas attention : on les met sur le compte d'un intense surmenage physique et intellectuel. Le 14 février 1925, en arrivant à la pension, elle prétend qu'un homme a voulu l'hypnotiser dans le train qui la ramenait de Bordeaux. Elle a soutenu « un duel du regard et a été victorieuse ». Ces confidences étonnent ses camarades, car elle est habituellement très réservée. Le même jour, elle déclare brusquement, hors de propos, « que tous les pécheurs doivent se convertir car il va être trois heures », puis elle énonce un grand nombre d'idées mystiques très disparates, et sans lien logique entre elles. Une perte de connaissance, accompagnée de quelques convulsions, interrompt ces discours; elle est suivie d'une série de gestes stéréotypés : la main droite est alternativement portée à la tête et sur la région précordiale.

Revenue à la lucidité, paraissant normale, cette jeune fille est ramenée à Bordeaux, où elle est soumise immédiatement à un examen médical; on lui conseille quelques jours de repos. Du 14 au 22 février, dans sa famille, on constate une succession de périodes de calme et d'agitation. Au cours de ces dernières, chaque fois plus violentes, elle bouleverse tout dans sa chambre, brise les objets, se précipite sur les visiteurs, les griffe, cherche à étrangler sa sœur. Ses propos sont incohérents. En outre, la famille remarque que depuis cinq jours elle n'est pas allée à la selle.

Amenée au P. O. P., le 22 février au matin, elle est calme,

immobile, parlant seule à voix chuchotée. Son soliloque est incohérent, consistant en une salade de mots où dominent des termes les uns religieux, les autres érotiques, d'autres grossiers. Les associations d'idées paraissent très lentes et pauvres. Elle ne répond pas à l'interrogatoire, mais on observe de l'écholalie. La malade s'oppose à l'examen physique avec une telle violence que celui-ci est impossible. Température 36°. Le soir, agitation intense et continuelle, vociférations de propos incohérents et extrêmement grossiers. Température 37°3. Le lendemain matin, cette femme est plus calme, répond mieux aux questions; elle est complètement désorientée, refuse l'alimentation et gâte. La ponction lombaire donne issue à un liquide normal. L'état général paraît mauvais. Température 37°8. Dans la soirée, reprise de l'agitation. La fièvre monte encore. Puis lentement, dans les jours qui suivent, l'agitation diminue avec la fièvre, et au bout de trois semaines, le retour au calme et à la lucidité est complet. Le traitement institué dès les premiers jours avait consisté en injections intra-veineuses d'électrargol et d'uroformine, abcès de fixation, purgations et lavements froids.

77/ Héliane R... P.O.P.F. 1925-29



Au début, l'agitation, les propos insolites chez une femme habituellement réservée, leur caractère disparate et leur abondance auraient pu faire penser à un état maniaque. Cependant, on n'y trouve pas de liens associatifs; au contraire, quand on l'interroge, l'association des idées paraît lente. De plus, on ne note aucune élévation du taux de l'humeur, pas de joie ou de hargne morbide. Cette excitation ressemble à celle des hébéphréniques; on remarque même quelques gestes stéréotypés. Enfin, autre caractère, l'excitation est intermittente et non continue. Il est probable que dès le lendemain du début, un examen psychiatrique eût mis en évidence la confusion mentale, car l'état de la malade chez elle ne paraît pas différent de celui observé à l'hôpital.

Début pseudo-maniaque.

OBSERVATION XIV

P. O. P. — F. — 1926. — N° 152.

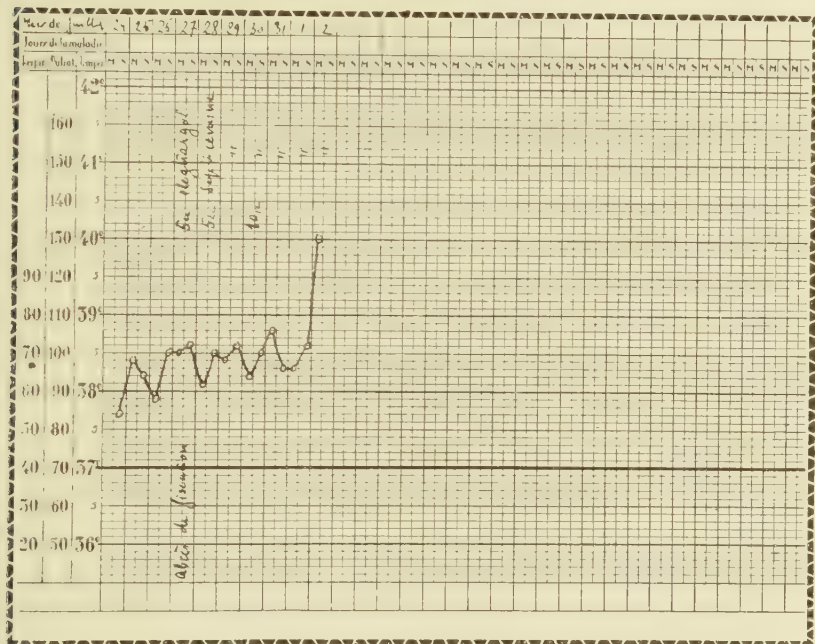
Marie S..., âgée de 51 ans, a subi en avril 1926, une hystérectomie pour fibromyome. Depuis lors, on a remarqué qu'elle est devenue irritable. Le 14 juillet 1926, on s'aperçoit qu'elle est très excitée, elle parcourt sans arrêt son appartement, paraît très occupée, touche à tout et ne fait rien; elle bavarde continuellement. Ce qui frappe l'entourage au cours de cette journée du 14 juillet, c'est qu'elle refuse de pavoiser, puis qu'aussitôt après elle donne cinq francs à un enfant qui passe dans la rue, parce qu'il porte un drapeau. Le 15 juillet, l'excitation persiste; dans la rue, elle casse une guirlande de papier, sans expliquer son geste, puis, comme satisfaite par cet acte, elle rentre chez elle, devenue soudainement calme et paraissant normale. Le 17 juillet, l'excitation réapparaît dans la soirée. Au milieu de propos que la famille trouve incohérents, elle prétend que la voisine va mettre le feu à la maison, et pour ne pas être victime de cet incendie, elle passe la nuit couchée sur le plancher. Le lendemain, en cours de promenade, elle s'arrête devant une affiche de réclame pour un savon, représentant un bébé joufflu : elle est prise d'un rire inextinguible, manifeste des signes d'une joie exubérante, puis subitement, sans transition, éclate en sanglots. Rentrée à son domicile, elle est très calme. Le 19 juillet, elle va à l'église et se confesse; or, elle avait cessé toute pratique religieuse depuis plus de 20 ans. A son retour, on constate une agitation légère. Dans la soirée, elle a plusieurs colères impulsives. Du 20 au 24 juillet, la malade paraît normale dans la moyenne partie de la journée, sauf quelques périodes d'agitation accompagnées de propos que la famille trouve bizarres. Le 24 juillet, elle sort avec sa sœur, ramassant dans la rue tous les débris qu'elle aperçoit; elle refuse de rentrer chez elle, prétendant qu'elle va mourir; au domicile de sa sœur elle veut obliger tout le monde à prier; elle se croit investie d'une mission

divine et veut sauver la France. Quand on l'amène à l'hôpital, elle se met à genoux sur la voie publique et dit des prières.

Au P. O. P., on constate une agitation intense, une logorrhée de propos incohérents. L'attention est très difficile à fixer. De plus, la malade est désorientée dans le temps et l'espace. La température est à $37^{\circ}7$.

Les jours suivants, persistance de l'agitation et de la confusion; apparition de signes de toxi-infection généralisée, puis de torpeur. Mort, le 2 août, par collapsus cardiaque.

ML Marie S... P. O. P. F. 1926-152



Cette malade aurait pu, au début, être prise pour une maniaque; l'agitation, l'activité stérile, l'abondance des propos militaient en faveur de ce diagnostic. Cependant, ces signes d'excitation psychique et psycho-motrice ne s'accompagnaient d'aucune exagération du taux de l'humeur; habituellement irritable, cette malade n'a pas été, d'après le récit de la famille, particulièrement agressive. On note bien une bouffée de joie morbide, mais celle-ci pa-

rait être une réaction psycho-motrice plutôt qu'une exagération de l'affectivité; la crise de sanglots qui lui succède immédiatement semble le prouver. De plus, certains actes sont contradictoires, et on n'y trouve pas de liens associatifs comme chez le maniaque; cette femme refuse de pavoiser, et aussitôt après donne une certaine somme d'argent à un enfant parce qu'il porte un drapeau; de crainte d'un incendie, elle couche sur le plancher. Ces actes incohérents me paraissent plus le fait d'un confus que celui d'un maniaque. En outre, l'excitation n'est pas progressivement croissante, mais laisse de longues périodes de rémission, ce qui n'est pas habituel au cours de la manie.

Le 19 juillet, on voit apparaître le désarroi émotif de la confusion mentale, et comme réaction à celui-ci, la reprise des pratiques religieuses. Enfin, le 24 juillet, la confusion devient évidente, paraissant éclater brusquement, en réalité précédée par toute une période où elle a été marquée par une excitation pseudo-maniaque dont elle était responsable.

A l'entrée à l'hôpital, la température est relativement élevée. 37°7 à l'arrivée, 38°5 les jours suivants. C'est un délire aigu traité trop tardivement, un de ces cas où le dépistage précoce aurait peut-être sauvé la vie à la malade, dépistage rendu possible grâce à la recherche de petits signes traduisant la confusion mentale, coexistant avec un état infectieux subfébrile.

OBSERVATIONS XV et XVI

S. 24. — 1926 et 1929. — N° 1.073.

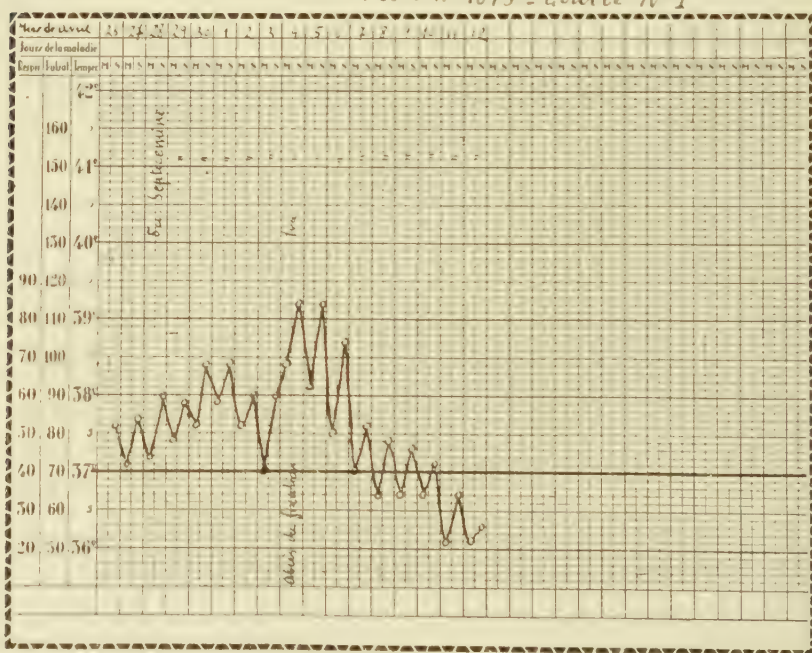
Ces deux observations concernent la même malade, Marie-Louise D..., qui à deux reprises, et à trois années d'intervalle, fit un délire aigu. Je publie ces observations, non pas pour l'intérêt de la sémiologie psychique du début, qui a été chaque fois recueillie avec insuffisamment de soins, mais parce qu'il est rare de voir un malade atteint deux fois de suite de cette affection; c'est la seule observation de ce genre, à ma connaissance.

A 26 ans, vers le début d'avril 1926, Marie-Louise commence à présenter des troubles somatiques. Son médecin l'envoie avec la note suivante : « Dans ces antécédents je ne relève rien d'extraordinaire, elle est mariée, a une fillette qui se porte habituellement bien. Marie-Louise D... présente de l'entérite, a été opérée d'appendicite il y a environ deux ans, a été à ce moment très parasitée (*ascaris*). Il y a environ cinq semaines sa fillette a été assez sérieusement souffrante. La mère s'est beaucoup frappée, a veillé, s'est surmenée; ce n'est que lorsque la fillette a été guérie qu'elle a commencé à se plaindre de malaises après ses repas, sensations d'étouffement, d'arrêt du cœur, de striction à la gorge. Ces malaises sont allés en se répétant, la malade ne s'alimentant que très insuffisamment pour éviter les crises. L'ésérine n'a pas apporté de soulagement. Notre confrère D... n'a trouvé au point de vue appareil digestif, rien qui puisse expliquer les crises. Les troubles se sont accentués, les malaises se sont accompagnés de sensation de mort imminente, puis l'idée de mort s'est fixée dans l'esprit de la malade qui rattachait tout à cette idée. Alimentation insuffisante, insomnie complète. J'ai parlé à la famille d'isoler la malade... Le professeur agrégé B..., qui n'a rien trouvé au point de vue somatique, a été également de cet avis. L'intervention du curé de C... auprès de la malade a amené une amélioration passagère, puis elle a recommencé à reparler sans cesse, à vouloir se lever, sortir. Actuellement, elle ne parle plus de mort, mais elle est réticente et n'exprime pas tout ce qu'elle

pense. Elle dit que M. le curé veut la séparer de son mari pour lui en faire prendre un autre. Depuis quelques jours elle s'alimente. »

A son entrée, salle 24, le 26 avril 1926, la malade présente une excitation psycho-motrice intense : tentatives de fuite, gestes incohérents, paroles sans suite. On doit l'attacher, elle est en pleine confusion mentale, désorientée dans le temps et l'espace, ne reconnaît pas son mari; elle ne répond pas aux questions posées. En même temps, l'état général est très mauvais, sueurs profuses, état saburral des voies digestives, constipation; la température monte progressivement jusqu'à $39^{\circ}2$. Des symptômes de myocardite apparaissent, nécessitant l'administration de digitaline. Traitement : septicémine, abcès de fixation. Un séro-diagnostic est négatif pour le B. d'Eberth, para. A. et B., le 5 mai; à partir du 6 mai, la température baisse progressivement, puis remonte un peu au-dessus de 37, pour redevenir normale à la fin de mai. Le 3 août, une agitation confusionnelle intense persistant, la malade est envoyée à l'asile de Château-Picon d'où elle sortira guérie au début d'octobre.

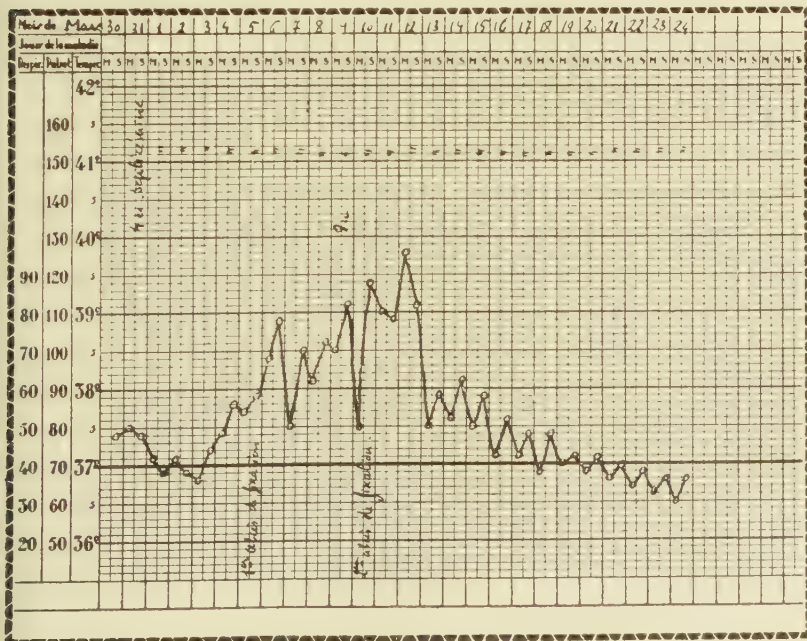
Mlle Marie-Louise D... S. 24 - 1926 - N° 1073 - Courbe N° 1



Entre octobre 1926 et le 25 janvier 1929, Marie-Louise D... est tout à fait bien portante. En décembre 1928, sa fille a eu la diphtérie, et elle s'est fatiguée à la soigner. Depuis le 25 janvier, elle émet des craintes injustifiées sur l'avenir, prétend qu'elle va mourir, qu'elle a les jambes malades. Elle dit qu'elle entend crier, qu'elle crache du sang, ce qui est inexact; elle refuse de manger et ne dort pas.

Amenée à la salle 24, le 29 janvier 1929, on constate l'existence d'une confusion mentale nette, avec désorientation chronologique et spatiale, avec fausses reconnaissances multiples. L'incohérence des propos est complète. L'agitation est intense et désordonnée; la malade se précipite sur tous les visiteurs pour les embrasser, déchire sa literie, gâte et urine sous elle. Les deux premiers jours, la température est à $37^{\circ},5$. Les deux jours suivants à $36^{\circ},9$, $37^{\circ},1$. Malgré quoi on continue les injections intra-veineuses de septicémine. Une analyse d'urine en date du 1^{er} février donne 34 centigr. d'acétone. Une ponction lombaire à la même date montre un L.C.R. normal. A partir du 3 février, la température monte très progressivement pour atteindre 40° le 12 février, puis descend lentement pour redevenir normale le 23.

Mlle Marie-Louise D... S 24. 1073. 1929 - Courbe N° 2



Entre temps le myocarde a fléchi à plusieurs reprises : solubaine L gouttes, XXX, et XX, le 6, 7 et 8 février, puis mêmes doses le 15, 16 et 17. Spartéïne, 10 centigr., les 11, 12 et 18 février, huile camphrée biquotidienne. Un premier abcès de fixation a été fait le 5, puis réinjection de térébenthine le 9. Sous l'influence de cette thérapeutique précoce et énergique, on assiste à une régression progressive des troubles somatiques. La confusion diminue plus lentement. Mais au début de mars apparaissent des signes d'excitation psychique et psycho-motrice, dont la persistance entraîne l'internement le 14 mars 1929. La malade sortira de l'asile le 15 juillet, complètement normale.

OBSERVATIONS XVII et XVIII

S. 24. — 1928. — 1.337 et 1.338.

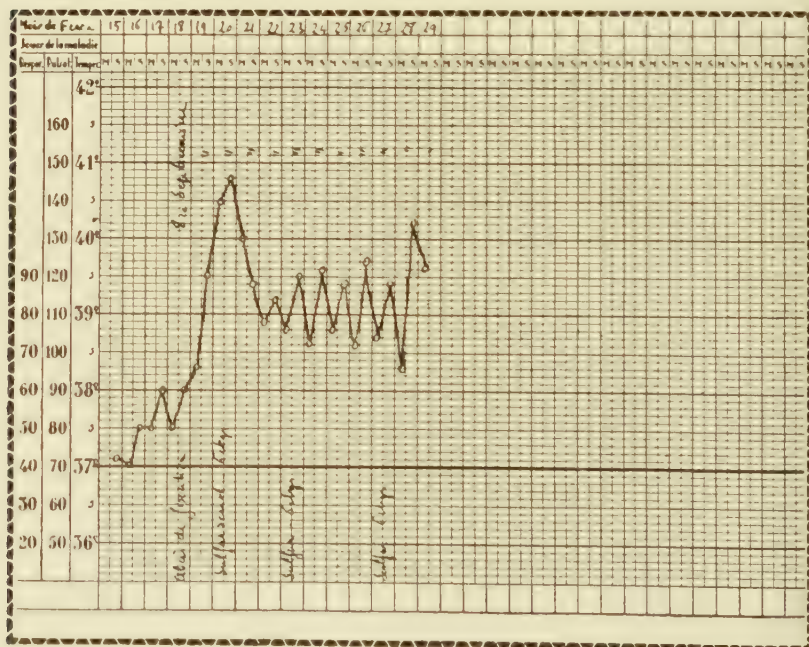
Je publie une partie de ces observations, bien qu'elles soient incomplètes (l'examen des malades à l'hôpital a été perdu), parce qu'elles relatent un fait que je crois inédit : deux sœurs, habitant ensemble, sont atteintes toutes les deux, le même jour, d'un délire aigu mortel.

Le 13 février 1928, Germaine P..., âgée de 28 ans, apprend la mort de son enfant soigné pour convulsions. Le soir, en rentrant pour dîner, son mari la trouve assise n'ayant rien préparé : elle l'accueille en lui disant : « Je suis malade, le lait doit me fatiguer. » Le mari descend faire une course, à son retour la malade n'était plus là. Une voisine expliquait que la femme s'était évanouie, puis était partie à l'hôpital pour se faire admettre. A 10 heures du soir elle revient, disant qu'on n'avait pas voulu l'hospitaliser. Elle demande une bouillotte parce qu'elle a très froid. Un médecin appelé à minuit ne trouve aucune atteinte organique et ordonne une potion. La nuit est très agitée. Le lendemain matin, mardi 14 février, elle traite le médecin d'imbécile et part en consulter un autre, accompagnée du mari et de sa sœur, Blanche P..., âgée de 18 ans. Celle-ci ne cesse de lui répéter : « Germaine, il faut que tu ailles voir le petit (mort la veille) et tu seras guérie. » Après la consultation, elle est conduite chez sa mère, où elle reste calme près du feu, après avoir bien déjeuné. A 16 heures, le mari et la sœur reviennent de l'hôpital où ils sont allés habiller l'enfant. Blanche déclare à Germaine : « J'ai vu le petit, il m'a avoué que c'est son père qui l'a tué et il demande à te voir. » Le mari et les deux sœurs partent à l'hôpital de nouveau. En cours de route, Germaine et Blanche se mettent à appeler l'enfant, à crier au père : « C'est toi le criminel, nous ne te lâcherons pas. » Elles font un tel scandale dans le tramway où elles sont, que le mari doit les faire descendre pour prendre un taxi. A la sortie de l'hôpital, elles déclarent encore au père : « Tu l'as étouffé en le portant à l'hôpital, viens avec nous au commissariat. » Devant le commissaire de

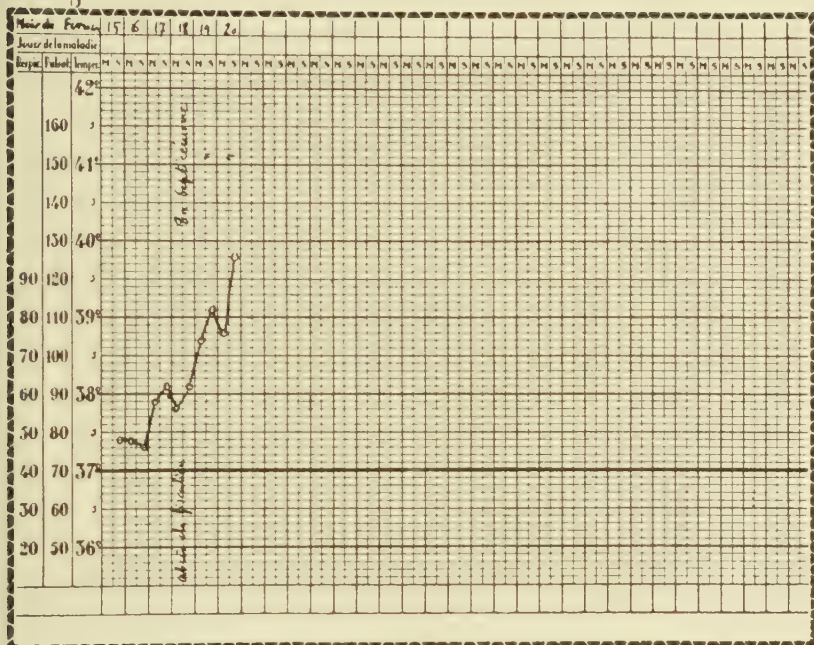
police, elles font toutes deux une déposition cohérente. Cependant le fonctionnaire juge l'histoire invraisemblable et pense avoir affaire à une déposition d'aliénées. Il invite tout le monde à se retirer, mais les deux sœurs refusent, car elles veulent voir le mari « enchaîné, battu, et mis en prison ». Le commissaire garde donc ce dernier jusqu'à temps qu'elles se soient éloignées. Dans la soirée cet homme téléphone au directeur de la verrerie où est logé le père de sa femme. Il apprend que celle-ci et sa sœur y sont arrivées et n'ont pas dit mot de ce qui était arrivé. Elles passent là, toutes deux, une nuit agitée, invoquant sans cesse l'âme de l'enfant et accusant son père. Le lendemain matin on trouve Blanche errante dans la verrerie, en chemise, pieds nus, les orteils entamés par des morceaux de verre. Le directeur de l'établissement fait appeler un médecin, lequel conseille l'hospitalisation immédiate des deux sœurs.

D'après les indications que portent les feuilles de température, on voit que l'agitation impose leur fixation. Dès le début, état subfébrile, puis la température monte progressivement. La défaillance du myocarde nécessite l'administration de toni-cardiaques divers.

776 Blanche P... S. 24. 1928. 1337



772 Germaine P... S. 24. 1928. 1338



RÉFÉRENCES DES OBSERVATIONS NON PUBLIÉES
(Non compris les delirium tremens)

- 1920 P.O.P. Hommes, 18 et 47.
Femmes, 147 et 153.
- 1921 P.O.P. Hommes, 105.
Femmes, 2, 10, 25, 69, 142 et 173.
- 1922 P.O.P. Femmes, 83 et 88.
- 1923 P.O.P. Hommes, 33.
Femmes, 15, 113, 158.
- 1924 P.O.P. Hommes, 43.
Femmes, 21, 28, 39, 60, 86, 193.
- 1925 P.O.P. Hommes, 7, 28, 53, 74, 75, 187, 213, 218, 222, 227.
Femmes, 29, 44, 60, 92, 115, 124, 126.
Salle 24 867, 903.
- 1926 P.O.P. Hommes, 25, 31, 51, 61, 110, 144, 152.
Femmes, 47, 61, 65, 68, 129, 152, 162, 163, 194, 196,
215.
Salle 24 989, 1073, 1077.
- 1927 P.O.P. Hommes, 169.
Femmes, 9, 23, 36, 38, 43, 110, 116, 139, 162, 185,
197, 205, 206.
Salle 24 1144, 1206, 1210.
- 1928 P.O.P. Hommes, 57, 63, 80, 109.
Femmes, 2, 14, 27, 52, 81, 98, 148, 150, 188, 200, 217.
Salle 24 1299, 1337, 1338, 1377, 1379, 1380, 1391, 1458.
- 1929 P.O.P. Hommes, 13, 14, 56, 59, 97, 128, 130, 135.
Femmes, 11, 50, 68, 72, 82, 105, 111, 127, 140, 169,
188, 222.
Salle 24 1073, 1490, 1531, 1543, 1549, 1550, 1587.

CHAPITRE VII

Anatomie pathologique.

Jusqu'en 1900, les auteurs se sont presque exclusivement occupés de l'anatomie pathologique macroscopique, dont ils ont donné des descriptions magistrales. On n'y a rien ajouté depuis.

Mais, à lire ces descriptions, on voit que les lésions trouvées sont assez variables. Dans certains cas, les résultats sont entièrement négatifs, et Thulié peut intituler son étude : « Du délire aigu sans lésions ». Et de cette constatation, il tire une pathogénie de l'affection. Le délire aigu est dû à l'anémie et à l'inanition des centres nerveux. Ball attribue ces résultats d'autopsie négatifs à des lésions congestives trop minimes pour être décelées. A la suite de Calmeil, de Falret, de Baillarger, il considère que, dans la majorité des cas, on trouve une congestion plus ou moins intense des méninges, du cortex, des noyaux gris centraux. A l'ouverture du crâne, écrit-il, on voit une dure-mère congestionnée et tendue par l'excès de sang et de liquide céphalo-rachidien. La pie-mère est le siège d'une hyperémie artérielle, veineuse et capillaire. Les petits vaisseaux sont injectés de sang et dessinent à sa surface un fin réseau rouge. La même injection vasculaire est retrouvée sur les plexus choroïdes des ventricules. Le cortex apparaît dans son ensemble d'une teinte rosée, due à un fin piqueté vasculaire, lequel se retrouve sur les coupes et est surtout abondant dans les couches profondes de la corticalité. Ça

et là, on voit, à l'examen des circonvolutions, les taches diffuses de teinte hortensia décrites par Calmeil. Sur les coupes, on trouve de petites suffusions sanguines périvasculaires, et un certain degré d'œdème des circonvolutions, surtout à la base du cerveau.

A côté de cette forme où existe une congestion simple, Ball en décrit une autre, avec méningo-encéphalite. Les lésions congestives sont les mêmes, mais en plus on trouve sur la pie-mère des traînées blanches périvasculaires, surtout abondantes dans la région de la scissure sylvienne. La méninge molle est friable, fortement adhérente et la décoration entraîne avec la membrane des parcelles d'un cortex ramolli.

En plus de ces lésions encéphaliques, on rencontre d'autres lésions viscérales; les poumons sont congestionnés ainsi que les reins. On trouve souvent des lésions du cœur et des muscles. Briand signale la teinte rosée de l'endartère aortique.

Au Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française, tenu en 1901, A. et G. Carrier décrivent les lésions histologiques du cortex et des noyaux gris centraux. On trouve surtout des altérations cellulaires consistant en chromatolyse, dégénérescence granuleuse. Il existe aussi de la segmentation et de la décoloration des fibres nerveuses. La chromatolyse paraît aller de la périphérie vers le centre de la cellule; à la chromatolyse périphérique correspondrait la phase d'agitation du délire aigu, tandis que la chromatolyse diffuse entraînerait l'état de torpeur terminale. On trouve également des lésions infectieuses dans les autres organes, en particulier le foie et les reins.

En 1906, H. Carrier précise les altérations histologiques des centres nerveux. Les préparations ont un aspect terne et vitreux. On est en présence d'une dégénération trouble, donnant une teinte bleu pâle uniforme par la méthode de Nissl, avec dégénérescence jaune globulaire de la plupart des cellules nerveuses. On observe le gonflement cellulaire

avec situation périphérique du noyau, et une infiltration discrète de la substance cérébrale et des espaces péri-vasculaires par de petits éléments ronds. Les lésions paraissent plus accentuées au niveau du lobe occipital. D'une façon générale, d'après H. Carrier, les altérations histologiques ne sont pas proportionnelles à la virulence de l'infection ou l'intensité de la fièvre, mais à la violence du délire. La sur-activité fonctionnelle des éléments nerveux entraînerait leur dégénérescence, et le coma comme la mort serait le fait de l'insuffisance nerveuse. Pour H. Carrier, le délire aigu est une neuro-myélo-encéphalite parenchymateuse toxique aiguë.

En 1927, H. Claude et J. Cuel publient le résultat des autopsies de trois cas de délire aigu. Les viscères thoraciques et abdominaux sont très congestionnés. Le cœur est mou, affaissé, grisâtre; ses cavités sont distendues. On ne trouve pas de lésions valvulaires ni de traces d'endocardite. Du côté du cerveau, microscopiquement on voit une congestion intense, une teinte hortensia des hémisphères. Les capillaires et les petits vaisseaux distendus parsèment toute la matière cérébrale d'une sorte de piqueté hémorragique. On ne trouve pas de grosses altérations vasculaires, pas de lésions en foyer. Les méninges molles sont un peu épaissies et dépolies, et dans un cas on note une nappe hémorragique sur la pie-mère. Microscopiquement, on trouve tous les capillaires turgescents, certains même paraissent de néo-formation. Leurs parois sont normales, sans phénomènes inflammatoires péri-vasculaires. Quelquefois cependant on aperçoit de petites suffusions qui se sont faites par une petite effraction de la paroi. Dans la pie-mère, on trouve quelques cellules rondes. Par la méthode de Nissl, les cellules sont colorées de façon uniforme, quelques-unes ont des contours flous. Les figures de satellitose et de neuronophagie existent assez fréquemment. Dans certaines zones corticales, il y a une diminution assez nette du nombre des cellules. La coloration au Soudan montre une dégénérescence lipœidi-

que importante. Pour Ladame, cette lipœidolyse jouerait un rôle de premier plan : la dissolution des lécithines composant la membrane cellulaire entraînerait des modifications de leur tension osmotique, permettant l'absorption de toxines qui détruiraient le corps cellulaire lui-même. On ne trouve pas d'altération du cervelet et du tronc cérébral.

Dans le service du Professeur Abadie, cinq examens anatomo-pathologiques ont pu être faits au cours de ces dernières années. Leurs résultats concordent avec ceux de Carrier et de Claude. Tous étant à peu près identiques, je ne publie que les résultats de l'examen histologique des cerveaux des sœurs P... (observations XVII et XVIII). Ils sont dus à l'obligeance du Professeur Sabrazès : « Les pièces ont été apportées dépouillées des méninges molles, ce qui rend l'interprétation difficile, l'ablation des méninges ayant érodé l'écorce. Les colorations bleu de toluidine montrent des ectasies vasculaires sans phénomènes de gainite bien marqués. Cependant, autour de quelques vaisseaux, nous notons quelques noyaux lymphocytoïdes plus nombreux que normalement et quelques fibroblastes autour de ces vaisseaux. Pas de ruptures vasculaires. Tous les petits capillaires sont gorgés de sang. Les phénomènes de gainite sont peu marqués, plusieurs vaisseaux n'en montrent pas. Ce qui est très accentué, c'est la chromatolyse des cellules pyramidales dans les diverses couches. Beaucoup de cellules pyramidales sont cernées par des éléments petits constitués par un noyau, les uns et les autres superposés aux cellules pyramidales. On ne trouve pas de corps granuleux. Le noyau des cellules pyramidales montre des modifications pathologiques : il est parfois excentrique; la parachromatine peut être vacuolisée. La nucléose est inégale, parfois on note deux nucléoses. Pas de sclérose névroglique; plutôt fragilité de l'écorce qui s'est laissé éroder par la décortication et le rasoir.

« *Pôle frontal.* — La décortication des méninges molles au moment de l'autopsie rend impossible l'étude de la cortica-

lité superficielle. On ne voit pas de gainite ni d'hémorragies. Ce qui domine, c'est la chromatolyse; dans les gaines, c'est à peine si on peut trouver cinq ou six noyaux lymphocytoïdes. Cela ne ressemble guère à un processus d'encéphalite épidémique, à en juger par le peu d'importance de la gainite dans cette région de l'écorce. Beaucoup de cellules pyramidales ont perdu leurs prolongements. Pas de sclérose névroglique de la corticalité.

« *Noyaux centraux.* — Le segment étiqueté noyaux centraux, sans plus, ne montre pas de gainite, ni de sclérose névroglique, ni d'hémorragies grandes ou petites, mais il révèle des ectasies capillaires. Les cellules nerveuses sont moins touchées qu'à l'écorce. Beaucoup sont pourtant dépourvues de substance chromatophyle; leurs prolongements semblent plus respectés. Pas de phénomènes inflammatoires, pas de corps granuleux ni de lacunes de désintégration. Sur ces coupes, on trouve beaucoup moins d'images dites de neuronophagie au niveau des cellules nerveuses (Sabrazès). »

On voit donc que tous les résultats publiés jusqu'à ce jour sont concluants, et l'on peut ainsi résumer les lésions microscopiques de l'écorce et des noyaux centraux.

Ce qui domine, c'est, d'une part, l'état de congestion intense des vaisseaux, avec peu de phénomènes de gainite et pas de sclérose névroglique, et d'autre part, la chromatolyse cellulaire. On trouve des altérations des prolongements et du noyau, avec peu de corps granuleux. Il existe un nombre assez important de figures de neuronophagie et une lipoïdolyse marquée.

Il semble donc bien, d'après ces constatations anatomo-pathologiques, qu'on puisse faire du délire aigu une encéphalite suraiguë.

CHAPITRE VIII

Étiologie et Pathogénie.

La Phrénitis d'Hippocrate, la Phrenesia des Grecs, paraît être passée inaperçue des observateurs jusqu'au début du XIX^e siècle. C'est en 1820 seulement que Georget l'isole des autres maladies mentales, et lui donne dans son livre intitulé « De la folie » le nom de délire aigu. C'est Calmeil qui en donne la première description et range cette maladie qu'il considère comme une entité morbide, dans les péri-encéphalites diffuses. Un peu plus tard, Parchape, Baillarger, Brière de Boismont, en font une forme suraiguë de la manie, compliquée de fièvre. Ils admettent qu'elle est due à une congestion encéphalique intense. En 1865, Thulié, étonné par le résultat négatif d'un certain nombre d'autopsies, l'attribue à l'anémie des centres nerveux. Il le compare au délire des hémorragiques et des affamés, dont certains exemples, comme celui du radeau de la Méduse, sont restés célèbres. Il défend cette thèse dans un ouvrage intitulé « Du délire aigu sans lésions ». En 1880, Ball, tout en reconnaissant la possibilité de l'anémie cérébrale comme cause directe, estime que dans la plupart des cas on trouve à l'autopsie une importante congestion encéphalique. Pour lui, l'apparition du délire aigu exige un terrain particulier, une « diathèse névropathique, prédisposition spéciale en vertu de laquelle certains sujets sont atteints d'un accès de délire aigu, alors que d'autres individus soumis aux mêmes influences restent indemnes ». Les tares hérédi-

taires connues ou inconnues interviennent pour beaucoup dans la constitution de cette diathèse. Des causes prédisposantes ont aussi un rôle important; ce sont les affections morales dépressives, les inquiétudes, les chagrins, les conditions hygiéniques défectueuses, le surmenage physique. Et, comme causes occasionnelles, Ball reconnaît les émotions vives, les excès de travail intellectuel, les traumatismes craniens, les pyrexies et les phlegmasies. Cette dernière cause fait entrevoir le rôle des infections dans la genèse du délire aigu.

La même année, Briand soutient dans sa thèse l'origine infectieuse de cette affection; il pense même en avoir trouvé le microbe spécifique. Bianchi et Piccino affirment en 1893 avoir trouvé un bacille spécial qu'ils isolent et décrivent. Rasori en trouve un autre. Dès cette époque, on isole les délires aigus secondaires des délires primitifs. Ces derniers, dans lesquels seuls on trouverait un agent spécifique, sont tenus pour des entités morbides définies. Gilbert Ballet professe cette opinion.

En 1901, au Congrès des aliénistes français, l'origine infectieuse du délire aigu ne fait plus de doute pour personne. On y ajoute, comme cause adjuvante, les intoxications exogènes et endogènes. Le délire aigu est considéré comme une encéphalite diffuse, et Régis l'appelle confusion mentale pseudo-méningitique.

Depuis 1901, on s'attache surtout à étudier les conditions d'apparition du délire aigu. Des observations le montrent au cours de typhoïdes, de pneumonies, de rhumatismes articulaires aigus, de typhus exanthématiques. Devant cette diversité de circonstances d'apparition, devant l'impossibilité de trouver un germe spécifique alors que les examens de laboratoire mettent quelquefois en évidence des germes banaux, on démembre le délire aigu en délires primitifs, délires secondaires et délires symptomatiques d'infections neurotropes. L'entité morbide de jadis devient un syndrome clinique et anatomo-pathologique. C'est une encéphalite

suraiguë d'origine toxi-infectieuse banale et non spécifique.

Mais si le délire aigu est une maladie infectieuse de l'encéphale, on peut se demander si n'importe quel individu peut faire un délire aigu comme n'importe quel sujet peut faire une ostéo-myélite à l'occasion d'un furoncle. Sur ce point, nos connaissances ne semblent guère plus avancées que celles des cliniciens du siècle dernier. Porot nie toute prédisposition; pour lui, la toxi-infection est tout. Pour d'autres, elle a un grand rôle, et le névraxe n'est touché par la même infection que chez certains individus.

Je me rallie volontiers à cette dernière opinion. D'après les observations que j'ai eues sous les yeux, il semble qu'il y ait un terrain sur lequel évolue le délire aigu; il n'est sans doute pas indispensable, mais il favorise grandement la localisation de l'infection sur le névraxe. Un bon nombre des malades ont un passé mental chargé : accès mélancoliques, accès maniaques, accès confusionnels, débilité mentale. Une pléiade plus importante est formée par ceux qui ont un déséquilibre constitutionnel de l'esprit plus ou moins accentué : l'anamnèse permet de découvrir des signes se rattachant aux constitutions hyperémotive, hypocondriaque, psychasthénique, paranoïaque ou schizoïde ; d'autres fois on retrouve de pareils états chez leurs ascendants ou leurs collatéraux. Ces malades ont souvent aussi des tares neurologiques personnelles ou héréditaires, en particulier l'épilepsie. Enfin, on peut constater plusieurs cas de délire aigu dans la même famille; Damaye rapporte le cas de la mère et des deux filles qui furent atteintes de cette affection; dans les observations que je publie, on trouve celle d'un jeune homme et de sa sœur, à hérédité mentale très chargée, celle des deux sœurs touchées en même temps, et l'histoire de deux atteintes successives chez la même malade.

Tel est le terrain, constitutionnel dans la plupart des cas, sur lequel évolue en général le délire aigu. D'autres causes peuvent venir diminuer les résistances de l'économie. C'est d'abord l'insuffisance de certaines fonctions organiques, en

particulier l'insuffisance du foie. Celle-ci a un double rôle : en premier lieu, une insuffisance préexistante de sa fonction d'épuration chimique et bactériologique du milieu sanguin empêche l'élimination des toxiques et des germes endogènes ou exogènes; l'insuffisance de la barrière permet à la toxi-infection de s'installer sur le névraxe. En second lieu, la toxi-infection installée, apparaît secondairement un certain degré d'insuffisance hépatique que prouve l'élévation de l'azotémie, la présence d'urobiline, de glucose, ou d'acétone dans les urines. Or, on connaît depuis Klippel le rôle important de l'insuffisance hépatique dans la pathogenèse de la confusion mentale. Il y a donc une interaction réciproque de la glande hépatique sur la toxi-infection et de celle-ci sur le foie. On conçoit donc toute l'importance que peut avoir l'alcoolisme, ou même la simple imprégnation œnolique, dans la production du délire aigu comme cause prédisposante lointaine. C'est peut-être pour cette raison que l'affection est assez fréquente dans la région bordelaise.

Le rein semble avoir une action beaucoup moins importante, mais cependant l'on voit de temps en temps des urémiques, des tuberculeux rénaux, faire un délire aigu. Quant aux perturbations des fonctions endocriniennes, il est très possible qu'elles jouent un rôle, en rompant l'équilibre humoral. Mais leur importance est certainement beaucoup moins grande que celle de la méiopragie hépatique et que celle des troubles digestifs. Presque tous les délirants aigus qu'on amène à l'hôpital sont très fortement constipés; la coprostase est fréquente dans leurs antécédents, et il est fort probable que bon nombre de délires aigus sont dus à des toxi-infections à point de départ intestinal. En tout cas, l'intoxication chronique d'origine digestive peut être regardée comme une cause diminuant les résistances organiques. Toutes ces méiopragies fonctionnelles sont au maximum chez les mélancoliques, et leur rôle prédisposant est certainement très important dans la genèse des délires ai-

gus que font ces malades après une longue évolution de leur affection mentale.

C'est aussi le même effet débilitant qu'ont les fatigues, le surmenage, les excès de toute nature que les auteurs anciens regardaient comme causes efficientes du délire aigu. Ce surmenage physique a un rôle indéniable; beaucoup des malades que j'ai vus venaient de traverser une période de fatigues physiques; la malade des observations XV et XVI venait de se dépenser à soigner sa fille, avant chacune de ses deux atteintes. La cachexie de certains maniaques depuis longtemps internés, l'intense résorption de toxines résultant de la suractivité des malades peuvent être regardées aussi comme des causes favorisant chez eux l'éclosion de la psychose infectieuse suraiguë.

Le terrain, les méiopragies fonctionnelles, la diminution des résistances organiques sont donc des causes non négligeables, mais elles ne seraient rien dans la pathogenèse du délire aigu sans l'infection. C'est elle qui est la seule cause efficiente de la maladie.

*L'infection dans le délire aigu.
Les recherches bactériologiques.*

Depuis que Briand a reconnu la nature infectieuse du délire aigu, de nombreuses recherches ont été entreprises. Après le microbe de Briand, on a incriminé celui de Bianchi et Piccinino, puis celui de Rasori. Depuis longtemps, la spécificité de ces micro-organismes a été contestée. En 1901, Briand estimait que celui qu'il avait décrit était loin d'être constant. En Italie même, Cabitto ne rencontrait pas celui de Bianchi. Avec Alessi, il trouvait à sa place des pathogènes divers, streptocoques et staphylocoques. Régis identifiait dans un cas un streptocoque peu virulent qui disparut du sang au moment de l'amélioration; une autre fois, le sang d'un de ses malades contenait du staphylocoque blanc. En 1910, Southard et Fitzgerald retrouvaient dans le

cerveau et dans le sang ce staphylocoque blanc dont l'inoculation intra-cérébrale seule provoqua la mort d'un lot de cobayes dans un temps relativement court. En 1925, Courtois-Suffit et Garnier publiaient un cas de délire aigu à bacilles d'Eberth. Damaye rapportait d'autres observations où l'hémoculture décèle la présence de staphylocoques, de pneumocoques, de streptocoques, ou d'associations microbiennes (ces deux derniers groupes étant responsables de formes très sévères). Par ailleurs, on a publié des cas de délire aigu au cours de la grippe, du paludisme, de l'encéphalite épidémique.

Ce n'est donc pas un micro-organisme spécifique qui provoque cette encéphalite suraiguë, mais des germes très variés. Il est donc logique de faire du délire aigu un syndrome clinique et anatomo-pathologique.

Pour Damaye, les hémocultures sont le plus souvent positives. Dans le service de clinique des maladies nerveuses et mentales de la Faculté de Bordeaux, l'hémoculture a été pratiquée seize fois sur bile et bouillon. Elle n'a donné que trois résultats positifs : une fois du streptocoque, deux fois du staphylocoque. A cela je dois ajouter que, dans deux cas où l'hémoculture n'a pas été faite, il est apparu, après la défervescence chez la malade de l'observation VI, une furonculose importante avec abcès profonds à staphylocoques, et chez une autre malade, au cours de l'affection, un phlegmon du cou à colibacilles. Dans un autre cas, la culture du liquide céphalo-rachidien mit en évidence un staphylocoque doré. La rareté des hémocultures positives dans le service tient peut-être soit à ce qu'elles sont faites assez précocement, soit qu'on se trouve peut-être en présence de formes filtrantes ayant des affinités neurotropes plus ou moins marquées; mais, comme le fait remarquer dans sa thèse Mme Giorgi-Eragne, même dans ces cas, où le germe pathogène reste inconnu, la nature infectieuse du délire aigu reste prouvée par la fièvre, les caractères du pouls et de la langue, les sueurs et les fuliginosités des lè-

vres. Il me semble qu'elle est aussi prouvée par des atteintes simultanées de personnes vivant ensemble, comme dans les observations XVII et XVIII, par les atteintes rapprochées de gens vivant dans les villages voisins; la région bordelaise semble payer un tribut plus lourd qu'une autre au délire aigu. De plus, cette affection se voit davantage à certaines saisons, à la fin du printemps et de l'automne; quand on voit arriver dans le service un délirant aigu, il est rare de n'en pas voir d'autres dans les semaines qui suivent. Enfin, cette redoutable toxi-infection semble beaucoup plus fréquente depuis 1925. Au Pavillon d'Observation psychiatrique de Bordeaux, en 1923 et 1924, on en voyait 1 sur 100 malades environ. En 1928, il y en eut 1 pour 24, et, en 1929, 1 pour 16.

Les parentés du délire aigu

Il y aurait là un long chapitre et même tout un travail à écrire : il sort du cadre de cette étude sur les formes de début et de la revue générale dont je l'ai fait suivre.

J'ai été parfois étonné de voir combien se ressemblaient souvent le début d'un délire aigu et celui d'une confusion mentale prolongée; la sémiologie psychique est fréquemment du même ordre; l'accélération du pouls, l'élévation de la température, l'état saburral des voies digestives, peuvent aussi être rencontrés au début de la confusion mentale. J'ai vu une dizaine d'observations qui ne diffèrent du délire aigu que par la prolongation de la confusion mentale et par la température qui reste en plateau à 38° pendant quinze jours. Plusieurs de ces malades jeunes, encore maintenant internés, ont été étiquetés à l'asile « déments précoces ». D'autres, à la suite d'un authentique délire aigu, sont tombés dans un état dementiel. On sait combien il est parfois difficile de séparer une confusion prolongée d'avec une démence précoce suivie d'une rémission. Par ailleurs, les quelques lésions anatomo-pathologiques qu'on

a pu trouver dans la démence précoce n'ont pas des caractères qui puissent leur faire nier une origine infectieuse. Il y aurait, me semble-t-il, matière à une importante étude sur la possibilité de l'origine toxi-infectieuse de la démence précoce, comparativement au délire aigu.

CHAPITRE IX

Le traitement du délire aigu primitif.

Le traitement du délire aigu a évolué parallèlement aux conceptions sur la pathogénie de cette affection. Avant que Briand en ait montré l'origine infectieuse, on est surtout préoccupé de lutter contre la congestion ou l'anémie cérébrales suivant les écoles. En 1880, Ball propose surtout une médication tonique, car, à la suite de Thulié, il redoute la saignée, soit au pli du coude, soit à la mastoïde à l'aide de sangsues, à cause de l'anémie cérébrale, fait déterminant du délire aigu. Il ne l'accepte que chez les pléthoriques. Pour la même raison, il repousse l'application de vessies de glace sur la tête. Il se montre également réservé sur la thérapeutique sédative, bains chauds, opium, de crainte d'aggraver l'état de collapsus. Par contre, il préconise l'emploi d'une médication tonique, alimentation abondante, ingestion de vin de Bordeaux, et d'une médication vaso-dilatatrice (belladone), tout au moins au début de l'affection. Plus tard, on pourra employer la révulsion cutanée sous toutes ses formes, pour lutter contre la congestion cérébrale terminale. Ball n'est pas hostile à l'emploi de la camisole de force.

Au congrès des aliénistes et neurologistes de 1901, Carrier, après avoir défendu la conception toxi-infectieuse du délire aigu, insiste sur la nécessité de ne pas augmenter la quantité de toxines circulant dans l'organisme par une médication chimique intempestive. Il s'efforce d'éliminer

les toxines déjà emmagasinées par le lavage d'estomac, les lavements, les hypodermoclyses, la saignée simple ou suivie de lavage du sang. La diète lactée doit être prescrite. Contre l'infection, il préconise, comme dans la fièvre typhoïde, les irrigations et les bains froids. Régis insiste sur les effets bienfaisants des injections sous-cutanées de sérum artificiel, et de la ponction lombaire qui calme l'agitation. Crocq rappelle un résultat heureux qu'il a obtenu en administrant 3 grammes d'ergotine Yvon, pour diminuer la congestion des capillaires du cerveau.

Depuis 1901, les efforts thérapeutiques ont été nettement dirigés contre l'infection. On a préconisé l'emploi d'une sérothérapie spécifique toutes les fois que l'hémoculture donnait un résultat positif. Damaye se montre partisan de l'injection de vaccin de Minet, qui convient au plus grand nombre de cas. Mais comme bien souvent l'hémoculture reste négative, on a été forcé d'employer une thérapeutique anti-infectieuse plus générale. Damaye, Porot se sont faits, par leurs publications, les défenseurs de la médication de choc. Non seulement ils activent la leucocytose par l'abcès de fixation, l'éosinophilie par l'injection de 200 ou 300 cc. de sérum glyco-ioduré (Damaye), mais ils préconisent surtout les injections intra-veineuses massives d'électrargol. Dans sa thèse de 1925, inspirée par Porot, Mme Giorgi-Eragne rappelle qu'il faut : 1° frapper vite et fort pour gagner de vitesse avec une infection à marche très rapide; 2° répéter les chocs aussi souvent et aussi longtemps qu'il sera nécessaire. Pour ce faire, elle conseille des injections intra-veineuses répétées de 40 à 50 cc. d'électrargol. Damaye obtient des résultats analogues avec des injections d'urométine.

Conduite à tenir en présence d'un délire aigu.

Au point de vue pratique, il s'agit de savoir quelle est la thérapeutique qui a le plus de chances d'amener le ma-

lade à la guérison. Celle que je propose m'a été enseignée par le Professeur Abadie. Depuis qu'il a pris en 1913 la direction du Pavillon d'observation psychiatrique de Bordeaux, il oppose au délire aigu une thérapeutique anti-infectieuse énergique; les observations du service montrent que dès cette date, bien antérieurement aux publications citées plus haut, on faisait aux délirants aigus des abcès de fixation, des injections sous-cutanées de sérum artificiel et d'oxygène; peu de temps après, venaient les injections de métaux colloïdaux et d'urotropine. Le Professeur Abadie a donc été un des premiers à appliquer au délire aigu une thérapeutique analogue à celle des septicémies.

En premier lieu, il ne faut pas envoyer ces malades à l'asile. Les asiles d'aliénés ne sont pas organisés pour le traitement des affections aiguës. Le nombre des malades est trop grand, le personnel trop restreint, pour que les délirants aigus puissent être entourés de tous les soins qui leur sont nécessaires. De plus, si le malade trépassé rapidement, on ne pardonnera pas au médecin de l'avoir envoyé mourir à l'asile; il n'était pas fou, dira la famille, mais atteint d'une maladie grave, puisqu'il en est mort. D'autre part, s'il guérit, le passage à l'asile reste dans l'esprit du malade, de la famille et de l'entourage, à tort, du reste, comme une tare qui peut avoir de grosses conséquences sociales. Si ces malades ne peuvent, pour des raisons diverses, être traités à domicile, il y a lieu de les envoyer dans un service libre de psychiatrie, comme il en existe dans les villes de Faculté. C'est du reste le vœu émis en 1901, à la suite du XI^e Congrès des neurologistes et aliénistes de langue française.

En second lieu, il faut empêcher ces malades de nuire par leurs réactions violentes ou suicides, soit à autrui, soit à eux-mêmes. Il est donc nécessaire de les fixer. Le maillot de toile, avec entraves aux pieds, est un excellent moyen de réaliser cette fixation. L'anathème qu'on avait lancé contre cet instrument semble avoir été levé; un malade fixé

dans son lit est moins exposé aux complications broncho-pulmonaires qu'un malade libre, transpirant abondamment, qui passe son temps à se dévêtir malgré les soins de ses gardiens. La dépense d'énergie musculaire n'est pas plus grande quand le malade lutte contre ses entraves, que lorsqu'il gesticule librement. Même dans le délire aigu secondaire des alcooliques, on aura donc recours à la fixation dans le lit.

Le point le plus important dans le traitement du délire aigu est la lutte contre l'infection. Il faut aider la leucocytose. Pour cela, injection sous-cutanée de 1 ou 2 cc. de térébenthine. L'abcès de fixation a toujours donné d'excellents résultats à Bordeaux, dans les infections graves, quelle que soit leur nature. Si l'abcès de fixation ne prend pas, ou prend mal, ce qui est d'un mauvais pronostic, on ne doit pas craindre de réinjecter au même endroit deux autres centimètres cubes de térébenthine. Il faut aussi lutter directement contre les agents pathogènes; étant donné l'incertitude du germe en cause, on aura le plus souvent recouru à un médicament d'action générale. Parmi ceux-ci, il faut de préférence choisir ceux qui ont une affinité élective pour la névraxe. Dans le service du Professeur Abadie on a d'abord eu recours aux injections intra-veineuses d'urotropine. La septicémie, urotropine iodée, semble avoir donné les meilleurs résultats. On en injecte deux ampoules de 4 cc. le matin, et il ne faut pas craindre d'en injecter une autre le soir. Si par suite de l'état des veines, ou de l'agitation du malade, on ne pouvait faire l'injection intra-veineuse, on la pousserait dans un muscle. Il est bon de poursuivre longtemps cette thérapeutique, jusqu'à défervescence complète de la température et même pendant les premiers jours d'hypothermie qui lui font suite. On peut du reste, quand la défervescence est longue, faire de la septicémie cinq jours par semaine en intercalant deux fois une injection de 6 ou 12 centigr. de sulfarsénol. La septicémie, d'après les résultats qu'elle a donnés dans le ser-

vice du Professeur Abadie, paraît être un excellent médicament du délire aigu.

On peut aussi, si l'on veut, tenter tout au début une médication de choc, par une injection intra-veineuse d'électrargol, par une injection sous-cutanée de lait ou de phystosténine. Il me semble qu'il n'est point besoin de recourir à des injections massives. En pathologie générale, on obtient des chocs très violents avec 5 cc. d'électrargol. Plus tard, lorsque la fièvre est élevée, il faut redouter d'y avoir recours, étant donné l'état du cœur, toujours prêt à défaillir dans le délire aigu.

C'est qu'en effet, en même temps qu'il faut lutter contre l'infection, on doit surveiller le cœur attentivement, par une auscultation au moins bi-quotidienne. Dès que le premier bruit s'assourdit, dès que le rythme a tendance à devenir embryocardique, il est nécessaire de donner des tonocardiaques énergiques. Dans le service de clinique des maladies nerveuses et mentales de la Faculté de Bordeaux, on a l'habitude de recourir aux injections quotidiennes d'huile camphrée, à la spartéine sous-cutanée à dose de 5 centigr., à la digitaline cristallisée au millième à dose de 100 gouttes en trois jours, 50, 30 et 20. S'il est nécessaire, on donne de l'ouabaïne per os aux mêmes doses. Pour lutter contre le collapsus, il faut aussi alimenter suffisamment ces malades; on peut leur donner un litre et demi de lait très sucré, avec trois jaunes d'œufs. Si besoin est, on aura recours au gavage; celui-ci a l'avantage de pouvoir ajouter aux aliments des médicaments d'un goût mauvais, comme le sulfate de soude ou l'huile de ricin, souvent nécessaires pour lutter contre la constipation. Les injections sous-cutanées de sérum glucosé ont un rôle à la fois alimentaire et antitoxique. C'est, avec les purgations et les diurétiques, un excellent moyen pour s'opposer à la toxémie. Quant à l'administration d'alcool ou de vin, elle ne semble pas indiquée, même dans le delirium tremens. Il n'est pas rationnel de donner encore des substances toxiques à un or-

ganisme intoxiqué, qui lutte pour se débarrasser de ce même toxique.

C'est pour la même raison que sont contre-indiqués les dérivés de l'opium et les barbituriques comme médication sédative. Le foie et les reins sont en général trop touchés pour que leur élimination soit bonne. Contre l'agitation, contre la fixation, on se contentera de lavements froids; la ponction lombaire, si on dispose d'un personnel suffisant pour maintenir le malade, est un excellent moyen pour diminuer l'agitation, tout au moins d'une façon passagère.

La thérapeutique du délire aigu peut donc se résumer ainsi : abcès de fixation, septicémie intraveineuse, toni-cardiaques, alimentation et sérum glucosé, purgations, lavements froids et ponction lombaire.

Mais le point capital dans cette thérapeutique anti-infectieuse, c'est sa mise en œuvre précoce. Il ne faut pas attendre que la température soit nettement ascendante, car on arrive alors trop tard presque à tout coup. Il faut commencer les injections intra-veineuses de septicémie dès que l'on constate un état subfébrile constant, se manifestant par une petite température inguinale de 37,3 et 37,5 matin et soir. C'est dire toute l'importance qu'a la prise régulière de la température chez de tels malades; c'est dire aussi tout l'intérêt d'un diagnostic précoce.

Conclusions.

Le délire aigu est un syndrome dû à une toxi-infection grave.

Il demande une thérapeutique énergique et précoce comme toute maladie infectieuse évoluant spontanément vers la mort.

Pour établir une thérapeutique précoce, il faut poser le diagnostic à la phase prodromique de l'affection.

La sémiologie mentale de cette phase prodromique consiste :

- soit en un état confusionnel typique,
- soit en hallucinations avec ou sans onirisme,
- soit en troubles pseudo-paranoïaques,
- soit en un état pseudo-mélancolique,
- soit en un état pseudo-maniaque.

Dans les quatre derniers groupes de cas on trouve, outre quelques signes de la série confusionnelle, des symptômes discordants qui doivent faire penser à une confusion mentale sous-jacente.

La sémiologie physique est constituée par des signes de début d'infection générale : état saburral des voies digestives avec constipation, et surtout élévation légère de la température.

Etant donné le polymorphisme de la sémiologie mentale et la difficulté du diagnostic, il est absolument nécessaire de faire un examen somatique complet, et surtout de prendre la température chez tous les malades présentant des troubles de l'esprit d'apparition soudaine.

BIBLIOGRAPHIE

REVUES GENERALES SUR LE DELIRE AIGU

- WILLIS. — *Opera medica de delirio et phrenitide*, caput decimum, t. I, page 227.
- ESQUIROL. — Dict. en 60 vol., art. *délire*. 1814.
- FODÉRÉ. — *Traité du délire*, 1817.
- GEORGET. — *De la folie*, 1820.
- CALMEIL. — *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 142.
- CALMEIL. — Dictionnaire en 30 vol., art. *aliénés*.
- CHAILLOU. — *Du délire nerveux*, 1833.
- ABERCROMBIE. — *Des maladies de l'encéphale*, 1835.
- FOVILLE. — Dictionnaire Méd. et Chirur. pratique, art. *délire*.
- ROSTAN. — In Annales médico-psychologiques 1848-1849. *Observations de délire aigu*.
- BRIÈRE DE BOISMONT. — In Annales médico-psychologiques, 1843, t. II et 1848, tome XI. — *Remarques sur le délire aigu qu'on observe dans les établissements d'aliénés*.
- BRIÈRE DE BOISMONT. — Bulletins de l'Académie de Médecine, 1841-1842, t. VIII.
- BRICHETEAU. — In Annales méd.-psychol., 1843, t. II. — *Rapport sur le mémoire de M. Brière de Boismont, intitulé « du délire aigu »*.
- ALQUIÉ. — In Journal de Montpellier, juillet 1844.
- BEAU. — In Annales méd.-psychol., tome IV. — *Mémoire sur une affection qu'on peut appeler paralysie générale aiguë*.
- BRIÈRE DE BOISMONT. — In Union médicale, 24 nov. 1850. — *Quelques remarques sur le délire aigu*.
- TODD. — In Lnd. Med. Gaz. 1850. — *Delir and coma*.
- JUDÉE. — *Du délire aigu*. Thèse de Paris, 1858.

- DUMESNIL. — In Annales méd.-psychol., 1863.
- FALRET. — *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, 1864.
- BAILLARGER. — In Gazette des Hôpitaux, 1864. *Quelques considérations sur la maladie décrite sous le nom de délire aigu.*
- THULIÉ. — *Etudes sur le délire aigu sans lésions*, 1865.
- PAULY. — *Delirium acutum maniacale*. Bonn, 1868.
- JENSEN. — In der Allg. Zeitschrift f. Psych., t. XI, p. 617. — *Ueber delirium acutum.*
- SCHÜLE. — In der Allg. Zeitschrift f. Psych., t. XXIV. — *Ueber das delirium acutum.*
- BOUCHEREAU et MAGNAN. . . *Statistique des malades entrés en 1870-71 au bureau d'admission des aliénés de la Seine.*
- CHARPY. — Thèse de Paris, 1873.
- BALL. — In France Médicale, 1880. — N° 47 et 48. *Leçons cliniques sur le délire aigu.*
- BRIAND. — *Du délire aigu*. Thèse de Paris, 1880.
- FÜRSTNER. — In Arch. de Westphal., t. XI, 1880. *Ueber delirium acutum.*
- LUYS. — *Traité des maladies mentales*, 1880.
- BALL et CHAMBARD. — In Dict. des sciences méd. en 100 volumes, T. XXVI, p. 408. Article *délire aigu*, 1882.
- ANDRAL. — *Clinique médicale.*
- G. BALLET. — *Traité de médecine*, t. VI.
- GARNIER. — *La folie à Paris*, 1890.
- KRAFFT-EBING. — *Traité clinique de psychiatrie.*
- CHASLIN. — In. Ann. méd.-psychol., sept.-oct. 1892. — *La confusion mentale primitive.*
- VEIDENGAMMER et BROUKHANSKI. — Société de Neurol. et psychiât. de Moscou, 11 nov. 1900. — *Du délire aigu.*
- ORBÉLI. — In Messenger médical russe, 1900, tome II, n° 20. *Delirium acutissimum.*
- A. et G. CARRIER. — XI^e Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française, tenu à Limoges en 1901. *Le délire aigu au point de vue clinique, anatomo-pathologique et bactériologique.*
- BUVAT. — In Gazette des Hôpitaux, 14 janv. 1902. *Sur un cas de délire aigu.*
- ANGLADE. — In Traité de pathologie mentale de G. Ballet. Art. *Délire aigu*, Paris, 1903.
- ANGELO-ALBERTI. — In Giornale di psichiatria clinica i technica maniacomale, 1906, fasc. IV. *Un cas de délire aigu, nouvelle contribution à l'étude et à la marche des variétés de l'amençe.*

- RÉMOND et VOIVENEL. — In Ann. méd. psychol., nov.-déc. 1909. *Délire aigu avec syndrome choréiforme.*
- KOTZOVSKI. — In. Journ. de Neurol. et Psychiat. du nom de S. S. Korsakoff, 1910, livre V et VI. *Pathologie du délire aigu.*
- HANES. — In The Journ. of nervous and mental diseases, avril et mai 1912. *Délire aigu dans la pratique psychiatrique.*
- MARTIN VALEJO. — In Encéphale, 1912, t. I, p. 300. — *Un cas de méningite cérébro-spinale épidémique qui simula un délire aigu.*
- ZIVERI. — In Revista di patologia nervosa i mentale, juin 1913. — *Quelques considérations à propos d'un cas de délire aigu.*
- LAIGNEL-LAVASTINE et ROSE. — Soc. de psychiatrie de Paris, 14 mai 1914. — *Délire aigu, mort par pneumonie.*
- ALEARDO SALERNI. — In Riforma medica, 1^{er} mai 1916. — *Considérations sur le délire aigu.*
- CHARPENTIER. — In Revue Neurol., 1919. — *Contribution à l'étude des délires toxi-infectieux. L'onirisme hallucinatoire.*
- DIDE. — Soc. de Neurol., 12 janv. 1922. — *La réaction du benjoin colloïdal dans la confusion mentale toxi-infectieuse.*
- LEGRAIN. — In Traité de pathol. méd. et de thérapeutique appliquée de Sergent, vol. VIII, art. *Délire aigu.*
- RÉGIS. — In Précis de psychiatrie, 1923, art. *Confusion mentale aiguë, pseudo-méningitique.*
- RÉGIS et HESNARD. — In Traité international de psychologie pathologique de P. Marie, t. II, art. *Confusion mentale.*
- POROT. — In Paris Méd., déc. 1924. — *Le syndrome délire aigu.*
- Mme GIORGI-ERAGNE. — Thèse d'Alger 1925. *Le délire aigu infectieux et son traitement par le choc colloïdal.*
- POROT. — *Les syndromes mentaux.* Fasc. I, 1929. Art. *Délire aigu.*
- BENON. — In L'Hôpital, avril 1929. — *Confusion mentale, délire, onirisme.*
- DAMAYE. — In Progrès Méd., 28 août 1926. — *Délire aigu et delirium tremens.*
- DAMAYE et AVELLA. — In Progrès Méd., 21 janv. 1928. — *Les variétés mentales du délire aigu.*
- DAMAYE et WARSCHAWSKI. — In Ann. méd.-psychol., janv. 1928, n° 1. — *Guérison et séquelles du délire aigu.*
- DAMAYE. — In Progrès Méd., 4 août 1928. — *Diagnostic du délire aigu et de l'état de mal comitial à forme agitée ou sympathique.*
- TOULOUSE, MARCHAND et COURTOIS. — In Presse Méd., 12 avril 1930. *L'Encéphalite psychosique aiguë azotémique.*

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU DELIRE AIGU

- GOTTFRIED JEHN. — In Arch. de Westphal., 1878, t. VIII. — *Beitrag zur pathologischen anatomic acuter delirien.*
- H. CARRIER. — In Revue Neurol., 1904, p. 737. — *Altérations histologiques des centres nerveux dans le délire aigu.*
- ALESSI. — In Riforma medica, 27 avril 1904. — *L'anatomie pathologique du délire aigu.*
- TOULOUSE et MARCHAND. — In Bull. de la Soc. clinique de médecine mentale, mai 1914. — *Lésions cérébrales dans un cas de délire aigu.*
- LADAME. — In Arch. suisses de Neurol. et Psychiâtr., t. V-I, p. 3, 1919. — *Psychose aiguë idiopathique.*
- REDALIÉ. — In Arch. suisses de Neurol. et Psychiâtr., t. VII-I, p. 35. — *Contribution à l'étude anatomo-pathologique du délire aigu idiopathique.*
- H. CLAUDE et J. CUEL. — In Encéphale 1927, p. 628. — *Notes anatomo-cliniques sur trois cas de délire aigu.*

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE DU DELIRE AIGU

- HERTZ. — In Ann. méd. psychol., 1871, t. VI. — *Du rétrécissement du canal jugulaire comme cause du délire aigu.*
- BIANCHI et PICCININO. — In Annali di Nevroglia, 1893. — *Sulla origine infectiva di una forma di delirio acuto.*
- KLIPPEL. — In Rev. de Psychiât., sept. 1897. — *Délire et auto-intoxication.*
- PIERI. — In Riforma medica, 12 nov. 1901. — *Sur la pathogénèse du délire aigu.*
- VIGOUROUX. — In Ann. Med. psychol., nov. 1902 et Rev. de psychiât., sept. 1902. — *Insuffisance hépatique et délire.*
- SOUTHARD et FITZGERALD. — In The Boston Medical Chirur. Journal, 7 avril 1910. — *Discussion sur les facteurs psychiques et somatiques intervenus dans un cas de délire aigu terminé par septicémie mortelle. Note sur l'infection expérimentale des cobayes par le staphylococcus albus.*
- LATAPIE. — In Revue Neurol., 1911. — *Rapports entre les états toxico-infectieux et les maladies mentales.*
- SÉGLAS et COLIN. — In Revue Neurol., 1911. — *Emotion, choc et psychose confusionnelle.*
- TARGOWLA. — In Paris Méd., 14 fév. 1925. — *Rapports de l'insuffisance surrénale et du délire fébrile.*
- DAMAYE. — In Progrès Méd., 8 oct. 1927. — *La prédisposition dans le délire aigu.*

THERAPEUTIQUE DU DELIRE AIGU

- DOUTREBENTE et MARCHAND. — In Rev. Neurol., 1904. — *Deux cas de délire aigu traités avec succès par des bains froids.*
- TARGOWLA et PICARD. — Communication à la Soc. de psychiâtrie, 22 décembre 1927. — *Sur un cas de confusion mentale toxico-infectieuse aiguë guérie par injections intra-veineuses de salicylate de soude.*
- DAMAYE et WARSCHAWSKI. — In Progrès Méd., 26 avril 1926. — *Un cas de délire aigu à staphylocoque prolongé. Heureuse influence de l'urométine.*
- DAMAYE. — In Progrès Méd., 13 juillet 1929. — *Conception sexuelle et traitement du délire aigu et du delirium tremens.*

DELIRES AIGUS SECONDAIRES

- ROGER. — In Montpellier Méd., 9 mai 1909. — *Délire critique du rhumatisme articulaire aigu chez un vieillard.*
- BAUDOIN et CHASLIN. — In Encéphale 1909, t. I. — *Un cas de délire infectieux grippal.*
- OLIVIER et BOIDARD. — In Rev. Neurol., 1911. — *Délire d'incubation à forme maniaque dans la typhoïde.*
- LESAGE et COLIN. — In Arch. de méd. des enfants, 1911. — *Un cas de délire infectieux sans confusion mentale et sans amnésie de fixation, avec tétanie et polynévrite au cours d'une dothiénenterie.*
- NOBÉCOURT et DARRÉ. — In Journ. de pédiatrie pratique, 5 janvier 1912. — *Rhumatisme cérébral à forme de confusion mentale aiguë chez un enfant de sept ans.*
- ALFÉEVSKI. — In Psychiatrie contemporaine russe, avril 1914. — *Un cas de délire aigu au cours du typhus exanthématique.*
- POROT et GUTTMANN. — In Paris Méd., 27 déc. 1917. — *Les psychoses du paludisme.*
- POROT et HESNARD. — In Paris Méd., 23 août 1919. — *Délire et psychoses de la grippe.*
- POROT. — Soc. de psychiâtrie, 22 avril 1920. — *Délires aigus encéphalitiques méta-infectieux.*
- POROT. — In Journ. de Méd. de Lyon, 5 juil. 1922. — *Notions cliniques sur les délires et les psychoses dans les maladies infectieuses.*
- BRIAND. — Soc. de psychiâtrie, 27 juin 1920. — *Les délires dans l'encéphalite léthargique.*

- PETIT. — Soc. médico-psychol., 28 juin 1920. — *Encéphalite léthargique et délire aigu.*
- REMLINGER. — In Paris Méd., 13 juillet 1921. — *Délire aigu rabiforme, première manifestation d'une typhoïde mortelle.*
- BEAUSART. — In Encéphale, 1921, p. 56. — *Délire aigu encéphalitique avec dermite pellagroïde.*
- DAMAYE. — In Encéphale, 1921, p. 244. — *Délire aigu au cours d'une mélancolie ancienne.*
- DAMAYE. — In Encéphale, 1923. — *Délire aigu terminant une psychose chronique.*
- COURTOIS, SUFFIT et GARNIER. — In Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris, 26 juin 1925. — *A propos d'un cas de délire aigu d'origine typhique.*
- ROJAS et BELBY. — In Encéphale, 1926, p. 493. — *Délire aigu et stomatite purulente.*
- DESOGUS. — In Minerva Médica, 10 avril 1927. — *Syndrome de délire aigu dû à une méningite purulente post-traumatique.*
- DAMAYE et POIRIER. — In Progrès Méd., 2 août 1930. — *Délire aigu par brûlures infectées.*

DELIRE AIGU ET MEDECINE LEGALE

- AMANTO. — In Revista sperimentale di Freniatria, mai et sept. 1904.
Délire aigu, étude médico-légale à propos du cas d'Angelo.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 4 novembre 1930.

Le Recteur de l'Académie,

DUMAS.

Le Doyen,

SIGALAS.

Le Président de thèse,

J. ABADIE.

